MEDICAMENTE
în
TERAPEUTICA
INFANTILĂ

Scanned with OKEN Scanner

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
DIRECȚIA FARMACEUTICĂ ȘI A APARATURII MEDICALE

MEDICAMENTE în TERAPEUTICA INFANTILĂ

Dr. GABRIEL VASILIU

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI — 1969

Scanned with OKEN Scanner

TABLA DE MATERII

	Pag.
Posologia infantilă	13
Tratamentul bolilor aparatului respirator	26
Tratamentul rinofaringitei acute şi complicaţiilor	26
Tratamentul anginelor acute	36
Tratamentul laringitelor şi laringotraheobronşitelor acute	38
Tratamentul de urgenţă al insuficienţei respiratorii acute	42
Tratamentul traheobronşitei banale acute	43
Tratamentul bronşitelor recidivante şi cronice	46
Tratamentul bronşiectaziilor	46
Tratamentul pneumonopatiilor acute	48
Tratamentul bronhopneumoniilor	49
Tratamentul pneumoniei stafilococice	59
Tratamentul pneumoniei francă lobară acută (crupoasă, segmentară)	63
Tratamentul bronşiolitei	66
Tratamentul pneumoniilor interstiţiale sau virotice	66
Tratamentul pneumonopatiilor acute în funcţie de etiologie	69
Tratamentul altor afecţiuni ale aparatului respirator	73
Tratamentul atelectaziilor	73
Tratamentul abcesului pulmonar	74
Principii de tratament în afecţiunile bronhopulmonare recidivante şi cronice ale sugarului (şi copilului)	74
Tratamentul astmului bronşic	78
Tratamentul pneumotoraxului spontan	81
Tratamentul pleureziilor	82
Tratamentul bolilor de sînge	84
Tratamentul anemiilor	84
Tratamentul anemiilor datorite formării insuficiente de hematii sau de hemoglobină	84
Tratamentul anemiei hipoplastice congenitale (Blackfan-Diamond)	84
Tratamentul anemiilor aplastice	84
Tratamentul anemiei din infecţii	86
Tratamentul anemiei din nefrita cronică	86
Tratamentul anemiilor megaloblastice	86
Tratamentul anemiei feriprive	87
Tratamentul anemiilor datorite pierderilor excesive de eritrocite	90
Tratamentul anemiilor posthemoragice	90

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Tratamentul anemiilor hemolitice corpusculare congenitale 91
Tratamentul anemiilor hemolitice dobîndite (extracorpusculare, plasmatice) 91
Tratamentul anemiilor hemolitice dobîndite, autoimune 94
Tratamentul leucemiilor 94
Tratamentul leucemiei acute 94
Tratamentul leucemiei mieloide cronice cu Citosulfan 97
Tratamentul agranulocitozei, leucopeniei și neutropeniei 98

Tratamentul bolilor hemoragice 99
Tratamentul vasculopatiilor 99
Tratamentul purpurei anafilactoide alergice (sindromul Schönlein-Henoch) 99
Tratamentul trombopeniilor 101
Tratamentul purpurelor trombocitopenice idiopatice 101
Tratamentul purpurelor trombocitopenice secundare 102
Tratamentul coagulopatiilor 102
Tratamentul coagulopatiilor congenitale 102
Tratamentul coagulopatiilor dobîndite 105

Tratamentul methemoglbinemiei de cauză alimentară 106

Tratamentul bolilor aparatului cardiovascular și al reumatismului Bouillaud 107
Tratamentul endocarditelor 107
Tratamentul miocarditelor 107
Tratamentul tulburărilor ritmului cardiac 108
Tratamentul pericarditelor 111
Tratamentul insuficienței cardiace 112
Tratamentul colapsului cardiovascular 115
Tratamentul hipertensiunii arteriale 117
Tratamentul reumatismului Bouillaud 118

Tratamentul afecțiunilor aparatului digestiv 128
în colaborare cu Dr. Ion Ursuleanu
Tratamentul stomatitelor 128
Tratamentul bolilor parotidei 130
Tratamentul tulburărilor digestive și de nutriție ale sugarilor alimentați natural 131
Tratamentul tulburărilor digestive acute ale sugarilor alimentați mixt și artificial 132
Tratamentul gastroenteritei acute la copii peste un an 154
Tratamentul distrofiei 156
Tratamentul stenozei pilorice hipertrofice congenitale 160
Tratamentul bolii ulceroase 161
Tratamentul gastritei cronice, duodenitei, gastroduodenitei 163
Tratamentul mucoviscidozei (fibroza chistică congenitală a pancreasului) 164
Tratamentul sindromului celiac 165
Tratamentul diareei nespecifice recidivante (cronice) la copii mici și de vîrstă școlară 165
Tratamentul colitei ulceroase 166
Tratamentul megacolonului 168
Tratamentul hepatitelor cronice 168
Tratamentul cirozelor 174
Tratamentul colecistitelor 174
Tratamentul parazitozelor intestinale 175

Tratamentul rahitismului comun, carențial 181

Tratamentul bolilor aparatului urinar 187
Tratamentul glomerulonefritei acute (nefrita acută hemoragică) 187
Tratamentul glomerulonefritei cronice 190
Tratamentul sindromului nefrotic 191
Tratamentul pielonefritei acute 194

Pag.

Tratamentul pielonefritei cronice 198
Tratamentul enurezis-ului 200
Modificările de poziție ale testiculelor 202

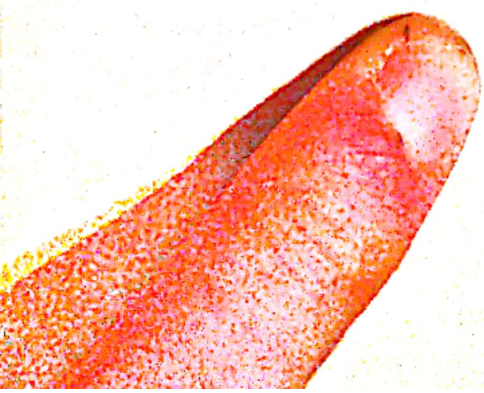
Tratamentul unor afecțiuni cutanate și ale mucoaselor *în colaborare cu Dr. Ion Ursuleanu* 204
Infecțiile pielii la nou-născut 205
Alte infecții ale pielii 207
Tratamentul acneei 210
Tratamentul eritemului fesier „(eritemul de scutece") 211
Tratamentul determatiei (dermitei) seboreice 211
Tratamentul eritrodermiei descuamative (boala Leiner-Moussous) 212
Tratamentul dermatozelor alergice 212
Tratamentul vulvovaginitelor 215
Tratamentul balanopostitei 216

Tratamentul afecțiunilor sistemului nervos 217
Tratamentul meningitelor acute cu lichid cefalorahidian clar 217
Tratamentul meningitelor purulente 218
Tratamentul encefalitelor acute (meningoencefalitele și encefalomielitele acute) 222
Tratamentul coreei acute Sydenham 225
Tratamentul epilepsiei 225
Tratamentul convulsiilor 233
Tratamentul encefalopatiilor infantile 235
Tratamentul tulburărilor înnăscute sau dobîndite ale metabolismului, oligofreniile metabolice 237

Tratamentul septicemiilor 239

Tratamentul osteomielitei acute hematogene 243
Tratamentul unor boli otorinolaringologice 247
Tratamentul rinitelor vestibulare 247
Tratamentul rinitelor cronice 247
Tratamentul otitelor externe 248
Tratamentul otitelor medii cronice 248
Tratamentul otoreei tubare 249
Tratamentul sinuzitelor cronice 249

Tratamentul intoxicațiilor acute produse de medicamente 251
Medicamente folosite în terapeutica bolilor de copii 255
Bibliografie 427
Lista abrevierilor 429
Index alfabetic 431



Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

În cadrul acțiunii de informare și documentare a cadrelor medicale și farmaceutice, Ministerul Sănătății, Direcția generală farmaceutică, a inițiat această lucrare care înmănunchiază un material științific și tehnic destinat perfecționării activității practice pusă în serviciul ocrotirii și asistenței copiilor din țara noastră.

Lucrarea este centrată pe descrierea acțiunii medicamentelor utilizate la copii, a indicațiilor și contraindicațiilor lor, a efectelor secundare și a posologiei folosite la această vîrstă.

Directivele Comitetului Central al Partidului Comunist Român cu privire la îmbunătățirea asistenței medicale a populației din Republica Socialistă România acordă o atenție deosebită asistenței cu medicamente a populației. Semnalînd tendințele ultimilor ani de creștere continuă a cererii și consumului de medicamente determinate de factori obiectivi și subiectivi, directivele au trasat sarcini ce revin întregului corp medico-sanitar pentru folosirea rațională a medicamentelor, pentru evitarea exagerărilor în prescrierea și folosirea acestora.

În acest sens și în tot cursul lucrării am insistat asupra utilizării raționale a medicamentului la copii și a locului cuvenit medicamentului în ansamblul terapeutic, în așa fel încît să se evite și risipa și abuzul de prescrieri.

În lucrarea de față sînt prezentate sub formă de scurte monografii medicamentele utilizate în țara noastră la copii: produsele farmaceutice și substanțele medicamentoase produse de industria noastră farmaceutică produsele galenice elaborate în farmacie, ca și produsele farmaceutice și substanțele medicamentoase importate. Aceste medicamente sînt numai acelea cuprinse în nomenclatorul de medicamente aprobat de Ministerul Sănătății pentru utilizarea în terapeutică în anul 1970.

În prezentările monografice s-a insistat asupra particularităților farmacologice la vîrstele mici, ca și asupra fenomenelor secundare la nou-născuți și sugari, cu enunțarea măsurilor de prevenire și combatere respective.

Posologia, mai ales aceea a medicamentelor frecvent folosite ca și a celor care au potențial toxic mai ridicat, este prezentată în funcție de vîrstă, boală, particularități funcționale hepatice, renale etc., de greutate, suprafața corporală, așa cum reiese îndeosebi din nevoile medicinei practice ambulatorii.

Pentru a putea descrie într-un singur loc și pe larg datele farmacologice, fenomenele secundare, ca și prevenirea și tratarea lor, am prezentat aceste noțiuni o singură dată în lucrare (de exemplu, cele privitoare la glucocorticoizi sînt expuse la Prednison, în timp ce la capitolele privind ceilalți glucocorticoizi ne-am rezumat a da numai particularitățile drogului respectiv; la fel în cazul antihistaminicelor, al digitalicelor, al penicilinelor, tetraciclinelor etc.).

Deși medicamentul ocupă un loc proeminent în terapeutica infantilă, el trebuie încadrat în complexul de măsuri care se impun în combaterea afecțiunilor frecvente la copii. De aceea am socotit utilă o scurtă prezentare a terapeuticii principalelor boli întîlnite în practica de zi de zi a medicilor de circumscripție rurală și urbană, din policlinicile și secțiile mai mici de pediatrie.

Dat fiind caracterul lucrării a fost omisă terapeutica unor boli sau complicații mai rare, mai grave sau am prezentat numai o schiță a terapeuticii respective. De altfel, aceste boli și stări sînt tratate în policlinicile mai mari de pediatrie, în spitale și secțiile mari de către pediatri experimentați, cărora le stă la dispoziție bogata literatură de specialitate publicată recent în țara noastră. Nu au putut fi cuprinse nici bolile contagioase, o bună parte dintre ele fiind de altfel izolate în spitalele sau secțiile de boli contagioase și tratate de către specialiștii respectivi.

Pentru aceleași motive, au fost enunțate numai pe scurt aspectele de dietetică, climatoterapie, hidro-fizio-balneoterapie, medicină profilactică, deși în terapeutica infantilă aceste măsuri ocupă un loc de seamă, uneori hotărîtor.

Orice tratament presupune un diagnostic cît mai exact pentru momentul respectiv al evoluției bolii. Este tot atît de adevărat că și valoarea unui diagnostic exact poate fi diminuată, anulată chiar, de un tratament mai puțin precis; mai mult decît atît, o conduită terapeutică nepotrivită poate să modifice starea morbidă respectivă, creînd noi probleme.

De aceea expunerea de față pleacă de la premisa că s-a stabilit în prealabil un diagnostic logic pentru bolnavul și momentul respectiv.

Cu toate acestea, ne-am permis sumare incursiuni în domeniul diagnosticului, mai ales al celui etiologic; sperăm că aceasta nu constituie o derogare de la

Scanned with OKEN Scanner

titlul lucrării, ci dimpotrivă, o încercare de cuprindere mai completă a terapeuticii practice a principalelor boli frecvent întîlnite la copii.

Sperăm că această prezentare ține seamă de stadiul actual al cunoștințelor teoretice și practice din pediatrie; ea se sprijină în bună parte pe experiența personală.

În această parte a lucrării și pentru a evita repetările, au fost precizate numai acele posologii caracteristice pentru boala sau starea respectivă; în rest rugăm cititorul a consulta prezentarea monografică și privitoare la medicamentul respectiv.

Indiferent dacă posologia a fost enunțată sau nu în prima parte a lucrării, sugerăm ca atunci cînd se prescrie un medicament unui copil, mai ales din primii ani de viață, să fie consultată în întregime prezentarea monografică a medicamentului respectiv. Ne permitem a face această recomandare, deoarece particularitățile vîrstelor mici și modificările create de variatele situații patologice fac să crească riscul unor efecte nedorite, creează premisele unor acțiuni terapeutice insuficiente etc.

Desigur că cititorii vor releva omisiuni sau imperfecțiuni. Sperăm că lucrarea va reprezenta totuși un instrument de lucru util în activitatea de fiecare zi a medicilor și farmaciștilor, contribuind la creșterea calitativă în domeniul ocrotirii și asistenței copiilor din țara noastră.

Dr. G. Vasiliu

Scanned with OKEN Scanner

POSOLOGIA INFANTILĂ

Din domeniul vast al farmacologiei, medicului practician îi sînt tot mai frecvent necesare noțiunile de farmacodinamie și farmacoterapie; pentru medicina infantilă sînt deseori utile și anumite date de toxicologie.

Farmacologii și pediatrii s-au lovit de obstacole considerabile de îndată ce au încercat să transpună la copii datele obținute la animalul adult și la omul adult.

Unele dificultăți erau inevitabile, din moment ce farmacodinamia „se concentrează asupra răspunsurilor fiziologice la substanțele-medicament", iar fiziologia sugarului (a nou-născutului în cea mai mare măsură) diferă considerabil de aceea a adultului, deosebirile ștergîndu-se treptat în cursul primilor ani de viață.

Cercetări de farmacologie clinică au fost întreprinse la copii abia în ultimele decenii. Acestea — deși au lămurit numai unele aspecte — au confirmat observațiile practicienilor că posologia infantilă nu poate fi dedusă din posologia adultului, datorită particularităților morfofuncționale ale copilului și sensibilității speciale a organismului infantil la anumite medicamente. Acțiunile și efectele secundare ale medicamentelor variază prin urmare în diferitele etape ale copilăriei; vom reține însă că aceste deosebiri nu sînt numai de ordin *cantitativ*, ci și de ordin *calitativ*. Factorul *vîrstă* trebuie corelat cu *insuficiențele metabolice*, a căror importanță este maximă la nou-născuți.

Degradarea și excreția medicamentelor sînt modificate și de diferiți factori, cum este *apa*. Multe medicamente sînt administrate la copii pentru o boală acută, în cursul căreia anorexia scade aportul, iar polipneea, vărsăturile, diareea, transpirația pot să sporească brutal deficitul în apă.

Febra modifică de asemenea circulația anumitor medicamente atît prin alterarea metabolismului apei, cît și prin influențarea pH-ului urinar. Doze normale de acid acetilsalicilic pot să determine astfel niveluri exagerate sanguine la copii febrili, pentru că fluxul plasmatic renal și pH-ul urinar diminuează frecvent la aceștia — fapt care întîrzie excreția drogului.

Pediatrii și farmacologii s-au străduit să deducă posologia copilului din cea a adultului, utilizînd formule bazate pe vîrstă, greutate sau suprafața

Scanned with OKEN Scanner

corporală. Dar experiența a dovedit că *posologia* (eficace și cu minimum de riscuri) *pentru nou-născuți, sugari și copii mici nu poate fi dedusă din aceea a adultului.*

Vîrsta. Medicii au utilizat mult timp formule (Gaubius, Nobécourt, Clark, Young etc.) care fixau doza pentru copii de o anumită vîrstă ca o fracțiune a dozei adultului. *Aceste formule nu pot fi* în nici un caz aplicate *la nou-născuți și sugari*, ci numai pentru medicamentele care nu sînt foarte active, și numai la copii peste doi ani.

Doza pentru copil este după Young: $\frac{\text{vîrsta în ani}}{\text{vîrsta în ani} + 12} \times$ doza adultului.

Ca exemplu citățm *bismuthum carbonicum basicum*, a cărui doză uzuală pentru adult este 1,50 g/24 de ore. Un copil de 6 ani va primi deci 0,50g/24 ore, pentru că $\frac{6}{6+12} \times 1{,}50 = 0{,}50$. Această posologie, bazată pe vîrstă, ar trebui să țină seama și de importantele variații fiziologice ale greutății la o vîrstă dată. Astfel:

pentru un băiat de 3 1/2 ani { P 10 = 13,800 kg; P 90 = 17,750 kg

pentru o fată de 12 ani { P 10 = 31,500 kg; P 90 = 50,600 kg

Greutatea. Nici această metodă nu este satisfăcătoare atît timp cît încercăm să administrăm copilului doza/kg utilizată la adult. Astfel, doza uzuală de sulfizoxazol pentru adulți și în 24 de ore este de 6 g (adică 85 mg/kg). Studiul clinic și dozajele biologice au demonstrat că această doză este ineficace la copii; pentru ei sînt de obicei necesare doze/kg mai ridicate (sulfizoxazolul trebuie administrat la copii în doza medie de 150 mg/kg/24 ore).

De-a lungul copilăriei există relații diferite între greutate, suprafață corporală, metabolism bazal și metabolismul apei; prin urmare, pentru multe medicamente înregistrăm și deosebiri calitative; astfel, la sugari este necesară o posologie diferită față de aceea a copiilor mai mari, cu atît mai mult față de aceea a adulților.

La sugarii peste 3 luni, se realizează un nivel sanguin eficace cînd administrăm sulfizoxazolul în doză de 0,15—0,20 g/kg/24 ore, la copii preșcolari sînt necesare 0,12—0,15 g/kg/24 ore, iar la copii mari 0,12—0,10 g/kg/24 ore. De aceea, unii specialiști apreciază că posologia sulfizoxazolului este de 0,20—0,10 g/kg/24 ore la copii, înțelegînd că dozele cele mai ridicate trebuie administrate la sugari și că doza/kg scade cu atît mai mult, cu cît copilul este mai mare. Din motivele arătate mai jos, probabil că eficiența este optimă atunci cînd se folosește ca etalon de măsură suprafața corporală, și anume 4,5 g/M². Aceste particularități privind sulfizoxazolul se referă, ca și în cazul altor medicamente, la sugarii peste 3 luni; nou-născuții

Scanned with OKEN Scanner

și prematurii prezintă deficiențe metabolice care impun reguli speciale (acest drog este, de exemplu, interzis la nou-născuți).

Deși alte medicamente se comportă în același fel, aceasta nu constituie o regulă generală.

Cercetările de pînă acum confirmă că posologia eficace pentru copiii mici este foarte variată.

a) Suprafața corporală ar trebui să reprezinte etalonul cel mai practic în cursul creșterii copilului, iar doza/kg greutate ar trebui să corespundă mereu cu doza raportată la suprafața corporală a unui copil de o anumită vîrstă.

Dar pentru unele medicamente s-a demonstrat că luînd ca etalon unitatea de greutate sînt necesare doze mult mai mari decît ar lăsa să prevadă comparația cu etalonul de suprafață corporală.

Această comportare specială a fost pusă în evidență pentru unele medicamente cu acțiune neurovegetativă; pentru obținerea aceluiași efect —unitatea de măsură fiind kilogramul greutate — copiii necesită doze de două-trei ori mai mari decît adulții. Bonzanigo a stabilit astfel că — pentru a crește presiunea arterială cu cel puțin 20 mm Hg — efedrina trebuie administrată *(per os)* în doze de:

3 mg/kg la sugarii de 6 luni (300% față de adult);
2,5 mg/kg la copiii de 3 ani (250% față de adult);
2,4 mg/kg pentru copiii de 9 ani (240% față de adult);
1 mg/kg la adult.

Comportări similare au arătat atropina și prostigmina.

Cercetările lui Kramár au dovedit că posologia fenobarbitalului este cu atît mai importantă, cu cît copilul este mai mic. Pentru a obține un somn care se adîncește repede și a cărui durată este de cel puțin 1 oră sînt necesare (*per os*):

8,7 mg/kg la sugarii de 6 luni (290% față de adult;)
7,3 mg/kg la copiii de 3 ani (243 % față de adult);
4,8 mg/kg la copiii de 9 ani (160% față de adult); în comparație cu numai
3 mg/kg la adult.

La fel se comportă și alte sedative, ca bromdietilacetilureea, uretanul.

Aceste exemple demonstrează că în cazul unor medicamente foarte active, efectul terapeutic deplin este obținut numai cînd urmăm o posologie ridicată în funcție de greutate, dar diferențiată în cadrul etapelor respective ale copilăriei.

b) Pentru alte medicamente s-a dovedit de asemenea că dozele/kg sînt mai mari la sugari decît la adult și că scad pe măsură ce copilul crește. Dar spre deosebire de medicamentele citate la punctul a, aceste droguri urmează evoluția suprafeței corporale la vîrstele respective; deci, pentru aceste medicamente este suficient să calculăm doza în funcție de suprafața corporală. În această situație sînt unele antibiotice ca penicilina și tetra-

Scanned with OKEN Scanner

ciclina[1], multe sulfamide[2], digitoxina, extractul de tiroidă, salicilatul de sodiu.

Pentru medicamentele citate este deci pe deplin eficace posologia care urmează suprafața corporală (metoda folosită în manualul Fanconi-Waligren).

c) Pentru unele medicamente este suficient să cunoaștem doza/kg; aceasta asigură o posologie eficace, indiferent de vîrsta copilului. Majoritatea citostaticelor se încadrează în această categorie.

d) Indiferent de comportarea în diferitele etape ale copilăriei, majoritatea medicamentelor care se încadrează în categoriile de mai sus sînt eficace în doze comparativ mai mari decît cele utilizate la adult. Dar copiii arată o deosebită sensibilitate față de unele droguri; posologia acestora va fi deci inferioară dozei/kg utilizată pentru adult.

Astfel, doza uzuală a clorhidratului de morfină la adult este de 10—20 mg, ceea ce corespunde cu 0,15—0,30 mg/kg. Pediatrii prescriu morfina cu neplăcere și numai în caz de strictă nevoie; în primele luni de viață, ea deprimă centrii respiratori. De aceea este prescrisă numai la copii peste un an, iar dozele sînt reduse în comparație cu cele ale adultului, 0,10—0,20 mg/kg, fără să se depășească 15 mg.

Suprafața corporală. Deși nu este ferită de unele critici, prescrierea medicamentelor în funcție de suprafața corporală întrunește sufragiile majorității specialiștilor. În afara unor medicamente, posologia /M^2 a majorității drogurilor folosite la copii urmează destul de fidel dezvoltarea morfofuncțională a acestora; excepție fac *nou-născuții și prematurii, la care este valabilă numai o posologie verificată pentru situația respectivă.*

Suprafața corporală poate fi lesne stabilită cu ajutorul unei nomograme (vezi tabelul 1); pentru aceasta sînt necesare numai lungimea și greutatea; prin urmare, această posologie poate fi aplicată lesne în spitale, policlinici, dispensare.

Metoda mai are și avantajul că dozele pentru aproape toate vîrstele (excepție fac nou-născuții) sînt exprimate printr-o singură cifră, în timp ce la posologia bazată pe greutate trebuie reținute uneori mai multe cifre, în funcție de stadiile dezvoltării copilului (vîrstă sau greutate).

Nu trebuie uitat că metoda propune „doze medii" care nu pot asigura o posologie individuală. „Cea mai bună regulă de posologie a medicamentelor va fi totdeauna: *destul*, dar nu prea mult" (Shirkey).

---

[1] Aceste antibiotice necesită o doză/kg dublă la sugari, în comparație cu adulții.

[2] Administrînd o sulfamidă „retard" (sulfadimetoxin = Madribon) pe cale intravenoasă la copii, Dost a arătat că pentru a determina același nivel sanguin eficace (> 10 mg%) sînt necesare:

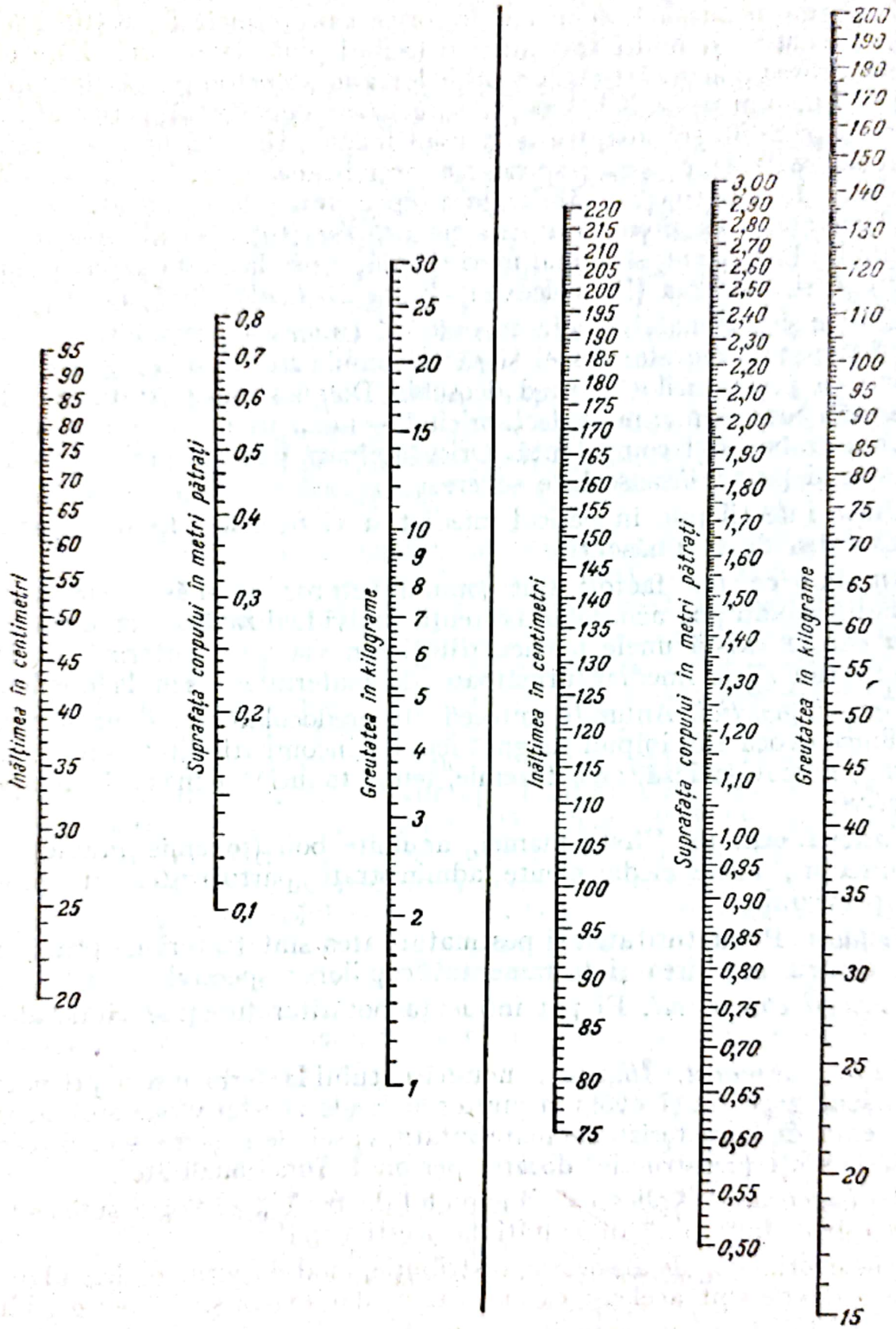
28 mg/kg la sugarii de 6 luni (187% față de adult);

20 mg/kg la preșcolari și școlari (133% față de adult), față de 15 mg/kg la adult. Această comportare deosebită la vîrsta mică este explicată de repartiția inegală a sulfamidelor în organism; ele difuzează mai ales în lichidul extracelular; masa acestuia este comparativ mai importantă la sugari decît la copiii peste 2 ani și la aceștia mai importantă decît la adult.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 1

Nomogramă pentru determinarea suprafeței corpului din greutate și lungime
(după J. D. Crawford, M. E. Terry și G. M. Rourke)



Suprafața corpului este dată de punctul de întretăiere dintre linia dreaptă care leagă greutatea și lungimea copilului cu linia gradată din mijloc.

Scanned with OKEN Scanner

PARTICULARITĂȚILE POSOLOGIEI MEDICAMENTELOR LA NOU-NĂSCUȚI ȘI PREMATURI

Perioada neonatală cuprinde în orice caz primele 5—8-(10) zile după naștere; O.M.S. și mulți specialiști o extind pînă la o lună. Este evident că majoritatea particularităților primelor zile se estompează (la copii născuți la termen și peste 3 kg) pe măsură ce se depărtează pericolul legat de naștere și copilul se adaptează la noul mediu. Unele funcții se maturează în cîteva ore (zile), ca cea respiratorie; activitatea enzimelor hepatice ajunge la normal după puține săptămîni, în timp ce funcțiile renale abia după 1—2 luni. Bineînțeles că prematuritatea creează servituți speciale: riscurile traumatismului la naștere sînt mai mari și adaptarea la viața extrauterină este mai lungă și mai grea (D. Velcovici, *Viața Medicală*, 1965, nr. 4).

Medicii și personalul mediu trebuie să cunoască amănunțit particularitățile fiziopatologice ale vîrstei și să fie familiarizați cu îngrijirea nou-născuților și a prematurilor în mod deosebit. Diagnosticul și tratamentul merg în această epocă — mai mult decît oricînd — mînă în mînă; vîrsta impune o rezolvare grabnică și competentă. Orice amînare pune în pericol viața copilului sau îi poate lăsa sechele severe.

Unele infecții pun în pericol imediat și viața celorlalți nou-născuți din colectivitatea de nou-născuți.

În timp ce unii factori sînt comuni tuturor nou-născuților medicii și personalul mediu pot acorda o asistență individualizată acelor copii în anamneza cărora există unele particularități din viața intrauterină, de la naștere sau din zilele imediat următoare (la maternitate sau la domiciliu).

Factorii genetici. Anumite antecedente eredocolaterale și unele examene paraclinice evocă sau impun diagnosticul de incompatibilitate sanguină feto-maternă, mucoviscidoză, galactozemie, fenilcetonurie și măsurile terapeutice respective.

Factorii materni. Vîrsta mamei, anumite boli (toxemie gravidică, diabet, infecții), unele medicamente administrate parturientei au consecințe lesne previzibile.

Gestația. Prematuritatea și postmaturitatea sînt factori de primă importanță pentru îngrijirea și tratamentul copiilor respectivi.

Factorii obstetricali. Ei pot influența hotărîtor funcțiile vitale ale copilului.

Factorii de mediu. Îngrijirea nou-născutului la termen și a prematurului ca și riscul, aspectul și evoluția multor boli ale acestei vîrste sînt în strînsă dependență de caracteristicile maternității, casei de naștere, secției (camerei) de nou-născuți (construcție, dotare, personal, funcționalitate).

Medicamentele. Aplicarea principiului de bază „posologie suficientă, dar nu excesivă" întîmpină dificultăți la acești copii.

Unele principii de absorbție, distribuție, mod de acțiune, degradare, conjugare, excreție sînt aceleași ca mai tîrziu; dar există și diferențe izbitoare:

— gradul de maturitate la naștere își pune evident amprenta la copii sub 2 500 g și mai ales la cei sub 2 000 g;

Scanned with OKEN Scanner

— funcțiile sistemului nervos, plămînilor, ficatului și rinichilor sînt pe cale de a se matura și sînt cu atît mai „imature", cu cît copilul se naște mai devreme;

— vîrsta nou-născutului are de asemenea importanță pentru multe medicamente; sînt deosebiri de la o zi la alta în cursul primelor 5—8 zile de viață.

Noțiunile de farmacokinetică sînt numai parțial cunoscute la acești copii atît în ceea ce privește comportarea lor față de unele medicamente, cît și evoluția acestei comportări în cursul primelor zile (săptămîni) de viață. De aceea sîntem expuși riscului de a administra „prea puțin" sau „prea mult". Cele spuse sînt cu atît mai valabile pentru *medicamentele nou introduse* în terapeutică, toleranța nou-născuților (prematurilor îndeosebi) putînd fi diferită de aceea a adultului sau a copiilor mai mari. Adăugăm și că accidentele provocate pot fi just interpretate abia după ani de folosire a unui nou medicament. Unele tulburări grave, apărute la prematurii din primele zile de viață, au fost atribuite cloramfenicolului („sindromul cenușiu", p. 279) abia după 10 ani de la introducerea lui în terapeutică.

Cînd se repetă administrarea drogului, eliminarea lui insuficientă provoacă o creștere anormală a nivelului sanguin. La adulți se elimină prin urină 90% din doza ingerată în primele 24 de ore, în timp ce la nou-născut se elimină mai puțin de 50%.

Insuficiența tranzitorie a glucuronoconjugării este responsabilă îndeosebi de „toxicitatea" cloramfenicolului la această vîrstă. Glucuronoconjugarea, proces esențial de dezintoxicare a organismului, constă din combinarea substanțelor toxice cu acidul uridinfosfatglucuronic, sub influența fermentului glucuroniltransferaza. Bilirubina indirectă (provenită din hemoliza eritrocitelor) este toxică; ea acționează îndeosebi asupra celulelor nervoase, blocînd respirația celulară. Ea trebuie transformată în pigment direct prin transferul a două molecule de acid glucuronic și își pierde astfel toxicitatea. Ficatul prematurului nu poate conjuga bilirubina în suficientă măsură, ceea ce va determina o creștere anormală a bilirubinei indirecte. Dacă se depășește pragul „de alarmă", icterul nuclear este iminent: cloramfenicolul, sulfizoxazolul și vitamina K realizează acest accident.

De aceea, cloramfenicolul este interzis la acești copii; dacă este singurul antibiotic care poate rezolva o afecțiune severă, posologia nu va depăși 25 mg/kg/24 ore la prematuri sau 50 mg/kg la nou-născuții la termen începînd din a doua săptămînă a vieții.

Inactivarea altor medicamente este de asemenea dependentă în largă măsură de glucuronoconjugare, ceea ce impune interzicerea lor sau o deosebită rezervă în această perioadă. Așa sînt: fenacetina, mentolul, morfina, codeina, acidul nicotinic, fenolftaleina, salicilamida, probenecidul. Fenacetina este interzisă în primele 3 luni de viață, pentru că a provocat methemoglobinemie, anemie hemolitică la copii în primele săptămîni de viață.

Icterul observat la nou-născuții tratați cu novobiocină (efect inhibitor asupra legăturii bilirubină-albumină și blocarea glucuroniltransferazei) a determinat interzicerea acestuia la nou-născuți și prematuri.

Posologia unor medicamente poate fi dirijată și prin determinarea nivelului lor sanguin. Dar același nivel sanguin poate avea o altă semnificație

Scanned with OKEN Scanner

la nou-născut decît la adult. Astfel, acetilarea sulfamidelor este mai redusă în primele zile ale vieții și prin urmare un anumit nivel sanguin la nou-născuți reprezintă probabil mai multă substanță activă decît denotă nivelul similar la adulți.

Sulfizoxazolul a determinat deseori icter nuclear prematurilor (19 cazuri din 97 de copii), cărora le-a fost administrat profilactic, deși bilirubina totală nu depășea pragul critic, iar acetilarea redusă ca și eliminarea renală întîrziată nu constituiau nici ele o explicație satisfăcătoare. Bilirubina liberă, difuzibilă, este cea care provoacă icter acestor copii: ea este legată în plasmă de albumine; sulfamida i se poate substitui, ceea ce determină o difuziune sporită a acestei fracțiuni în țesuturi și deci icter nuclear fără ca bilirubina totală să depășească pragul critic. Sulfizoxazolul este de aceea interzis în prima lună de viață; unii specialiști îl evită și în primul trimestru.

O deosebită rezervă se impune și față de sulfamidele cu eliminare întîrziată la copiii în primul trimestru de viață (acestea sînt mai puternic legate de proteine decît sulfamidele cu eliminare rapidă, ca sulfizoxazolul).

Un efect similar poate fi produs prin salicilați, cafeina natriubenzoică sau prin scăderea pH-ului.

Nou-născutul absoarbe sulfatul de streptomicină (injectat intramuscular) mai repede decît adultul (atinge maximum în 15 minute față de 30—180 minute) și elimină drogul mai încet, ca urmare a imaturității funcției glomerulare. *Clearance*-ul streptomicinei se îmbunătățește repede după prima și a doua săptămînă, mai încet în următoarele 6 săptămîni.

Este probabil că maturizarea *clearance*-ului streptomicinei atinge 75% din normal la copiii de 1 1/2—2 luni.

Din 1955 este cunoscut că excesul de vitamină K_3 (Menandiol) poate provoca hiperbilirubinemie prin hiperhemoliză, surditate, icter nuclear și anemii hemolitice mortale. Dozele mici de vitamină K_1 sînt în schimb lipsite de pericole.

S-a demonstrat că respirația artificială și reanimarea (asigurarea permeabilității căilor respiratorii superioare fiind una din măsurile cele mai eficace) pot înlocui cu succes drogurile analeptice și convulsivante ca lobelina, nicetamida, pentetrazolul.

Indicația pentru oxigen este mai rară dacă permeabilitatea căilor respiratorii poate fi asigurată. Supradozarea lui determină fibroplazia retrolentală (datorită imaturității vascularizației retiniene a prematurilor) de aceea nu se va depăși în incubator concentrația de 40%.

Absorbția prin canalul lacrimal de atropină și hematropină (folosite pentru dilatarea pupilei) poate determina vărsături și o stare de excitație cerebrală.

Aceste cîteva exemple demonstrează că la nou-născuți și prematuri sînt indicate numai drogurile strict necesare pentru boala sau starea respectivă, a căror posologie și particularități de administrare sînt cunoscute pentru situațiile respective.

Reamintim că imaturitatea sistemului nervos, a unor funcții hepatice și întîrzierea eliminării renale sînt responsabile de majoritatea accidentelor.

Scanned with OKEN Scanner

În această ultimă privință menționăm că repetarea administrării unui drog creează pericolul acumulării, în timp ce administrarea unică (sau de scurtă durată) este de obicei mai puțin nocivă.

S-a semnalat în repetate rînduri și pericolul injecțiilor intramusculare în regiunea fesieră la nou-născuți și mai ales la prematuri, la care pot determina paralizia nervului sciatic.

RESORBȚIA MEDICAMENTELOR. CALEA DE ADMINISTRARE

Acțiunea specifică a unui medicament este dependentă de concentrația sa în teritoriul în care acționează: aceasta este determinată în majoritatea cazurilor de concentrația sa în sînge.

I. **Resorbția enterală** este relativ înceată; partea din drog care este resorbită prin sistemul port poate fi inactiviată la nivelul ficatului. *Calea bucală* este cea mai recomandată pentru copii; contraindicația este absolută cînd sînt vărsături și relativă în caz de anorexie, greață.

Cînd nu putem fi siguri dinainte că medicamentul va fi tolerat pe această cale, se pot administra parenteral primele 1—2 doze.

Medicamentele pentru copiii sub 5 ani sînt administrate sub formă lichidă, aromatizate cu sirop de zmeură, lămîie, coji de portocale sau sub formă de pulbere aromatizată (tetraciclina).

Teama de „necunoscut", cu atît mai mult de „doctorie" este firească la copii mici și poate fi atenuată prin sugestie verbală.

Unele forme lichide conțin alcool; ele nu vor fi administrate copiilor sub 7 ani.

Dacă medicamentul este condiționat numai sub formă de drajeuri sau comprimate, acestea vor fi pulverizate și încorporate într-un lichid gros (mucilagiu de orez, sirop, miere) sau în suc de fructe, zeamă de compot.

Este interzisă administrarea de comprimate și drajeuri întregi la copiii sub 3 ani; aceste forme solide sînt periculoase și pentru copii de 3—7 ani, dacă țipă sau se opun, pentru că pot fi aspirate.

Administrarea unui medicament nu este favorizată prin astuparea nasului copilului și împiedicarea respirației nazale; acest traumatism fizic și psihologic favorizează aspirația și creează teama de medicamente.

Medicamentele neiritante se absorb mai repede dacă sînt administrate înainte de mese; cele care pot irita stomacul și intestinul subțire se vor administra după mese (și diluate). Medicamentele nu vor fi amestecate cu alimente pentru că gustul medicamentului va determina o reținere durabilă a copilului față de aceste alimente.

Absorbția enterală (mai ales a comprimatelor, drajeurilor) este redusă și chiar nulă dacă tranzitul intestinal este prea rapid și mai ales în caz de malabsorbție.

Vitaminele liposolubile (drajeuri cu vitaminele A și D_2) nu sînt absorbite de copii cu mucoviscidoză.

Drajeurile enterosolubile nu vor fi sfărîmate în prealabil, pentru că drogurile respective vor fi parțial sau total inactivate în stomac (Triferment, Eritromicină) sau vor irita mucoasa stomacală (Reumacif).

II. **Resorbția prin mucoase** (nazală, bucală și rectală) este mai rapidă și directă, ocolind sistemul port.

Scanned with OKEN Scanner

Calea nazală. Datorită particularităților morfofuncționale ale mucoase rinofaringelui sugarului, medicamentele instilate irită mucoasa, se resorb foarte rapid și pot determina apnee. De aceea, la sugari pot fi folosite numai puține medicamente și pentru scurt timp (p. 28). Substanțele grase (oleu, vaselină) sînt interzise la sugari, pentru că pot pătrunde în arborele respirator și determina o pneumonie lipoidică.

Formulele care conțin mentol (Mentorin) pot determina unele accidente chiar la copii peste un an (p. 329).

Calea linguală sau *bucală* are puține indicații (adrenalina, Bronhodilatin) și abia copiii mari înțeleg cum trebuie să țină medicamentul în gură, fără să înghită între timp.

Calea rectală este nesigură, pentru că absorbția drogului din supozitoare sau soluția instilată este inegală, mai ales cînd ampula rectală este plină. De aceea, posologia este cu 50—100% mai mare decît pentru calea orală.

Introducerea medicamentului favorizează pe de altă parte defecația, deci eliminarea prematură a supozitorului (soluției).

Diareea, frecventă la copii mici, contraindică această cale.

Mucoasa rectală este iritată de unele medicamente, mai ales cînd se repetă administrarea lor. O clismă evacuatoare prealabilă ameliorează resorbția.

Absorbția soluțiilor este mai sigură dacă ajung sus în rect, cu ajutorul unei sonde Nélaton nr. 14—18 (introducînd în rect 2/3 din sondă, după ce clisma evacuatoare prealabilă și-a făcut efectul).

Aplicarea conjunctivală are mai mult decît semnificația unui tratament local, deoarece suprafața mucoasei conjunctivale este relativ importantă, iar o parte din drog poate ajunge (prin canalul lacrimal) și în spațiul rinofaringian. De aceea intoxicația cu atropină nu este rară la copii mici, dacă li se instilează atropină în soluție concentrată de 0,5—1%.

III. **Resorbția cutanată** a substanțelor liposolubile este atît de bună, mai ales la sugari și îndeosebi la cei cu eritem fesier, încît sînt cunoscute intoxicațiile cu culori de anilină la nou-născuții și sugarii din spitale înfășați în scutece noi pe care s-a aplicat ștampila spitalului și au fost repartizate la copii insuficient spălate în prealabil (Tr. Feldioreanu, *Pediatria*, 1967, nr. 1, și Astra Nandriș *Obstetrica și Ginecologia*, 1967, nr.2).

Aplicarea percutanată a anumitor medicamente trebuie prohibită la nounăscuți și sugari; astfel „inofensivul" acid boric (în pudre sau soluții) a provocat grave intoxicații (p. 256), favorizate și de eritemul fesier; administrarea altora trebuie urmărită cu atenție (astfel, mercurul poate provoca acrodinie, iar corticoizii aplicați de repetate ori pe suprafețe întinse pot determina efectele secundare cunoscute).

IV. **Resorbția parenterală** este mai rapidă și mai sigură decît cea enterală.

Riscurile oricărei injecții nu trebuie minimalizate. Indiferent de calea utilizată, prin orice injecție se poate transmite *hepatita de inoculare* și unii microbii care pot determina o *supurație locală* sau o *infecție generală.*

Anumite medicamente și /sau anumite căi (sinus, spațiul subarahnoidian) fac să sporească riscurile căii parenterale.

Scanned with OKEN Scanner

Injecția intracutanată (Mantoux, Casoni) provoacă o senzație neplăcută de tensiune, deci vom preveni copilul de aceasta.

Irigația redusă a țesutului subcutanat determină o resorbție înceată după *injecția subcutanată*; medicamentul rămîne aici mult timp într-o concetrație ridicată, ceea ce poate determina leziuni durabile.

Lichidele și medicamentele administrate subcutanat pot fi încet și incomplet resorbite la copii deshidratați și în stare de colaps.

Resorbția după *injecția intermusculară* este destul de rapidă pentru că rețeaua capilară din masa musculară reprezintă o suprafață întinsă.

Injecțiile în regiunea fesieră la prematuri și sugari mici pot fi urmate de paralizia nervului sciatic; de aceea se recomandă cît mai puține injecții, prin rotație, în mușchii coapsei (fața antero-externă). În afara înțepăturii propriu-zise sînt foarte neplăcute durerea și senzația de tensiune locală provocate de soluția injectată; acestea creează copilului și o traumă psihică. Pe lîngă frica de injecție, copilul capătă și frica de medic; de aceea indicația pentru injecțiile intramusculare trebuie temeinic judecată.

Pe *cale intravenoasă* se obține cel mai repede concentrația necesară, iar înțepătura este singura neplăcere; copiii o suportă bine cînd sînt pregătiți dinainte. Injectarea intravenoasă a unor medicamente poate provoca accidente, de aceea calea intravenoasă va fi folosită numai în caz de strictă nevoie și soluția va fi introdusă încet.

Injectarea intrarahidiană de medicamente este excepțională și presupune o cunoaștere perfectă a indicațiilor și riscurilor respective.

Pericolele *injectării intrasinuzale* îi limitează indicațiile.

V. **Aplicarea otogenă** nu are sens atîta timp cît timpanul este intact, deoarece acesta este impermeabil față de medicamente. Tratamentul local al tegumentelor conductului este necesar și eficace în otita externă. Soluțiile folosite în tratamentul otitei medii supurate vor fi încălzite în prealabil la temperatura corpului, pentru că soluțiile reci pot determina o iritație neplăcută a nervului vestibular.

EFECTELE SECUNDARE ALE MEDICAMENTELOR. BOALA IATROGENĂ

În afara acțiunii terapeutice așteptate, medicamentele pot influența — dar într-un sens defavorabil — și funcțiile altor organe sau aparate, sisteme (Iuliana Țîrlea, *Viața medicală*, 1967, nr. 21).

Aceste efecte secundare sînt foarte variate, nu numai în funcție de medicament, sensibilitate individuală, asocieri morbide și medicamentoase, dar la copil poate fi hotărîtor și gradul de maturație morfofuncțională.

De aceea medicul care tratează copii trebuie să fie temeinic informat asupra farmacodinamiei, farmacoterapiei și toxicologiei medicamentelor pe care le prescrie la copii de diferite vîrste; este înțelept ca în activitatea de toate zilele să se limiteze la medicamentele cu care este familiarizat, ale căror efecte secundare îi sînt cunoscute și știe deci ce măsuri de prevedere se impun.

De la caz la caz, familia bolnavului trebuie să fie informată despre anumite eventualități.

Scanned with OKEN Scanner

O deosebită atenție trebuie acordată prescrierii medicamentelor recent introduse în terapeutica infantilă și urmăririi bolnavilor tratați cu acestea, deoarece la copiii din primii ani de viață pot să apară efecte secundare proprii lor și/sau a căror frecvență și intensitate depășesc media incidentelor și accidentelor înregistrate la adulți.

Antihistaminicele influențează în diferite moduri sistemul nervos. Deși unele efecte sînt utile pentru unele situații (pruritul supărător din strofulus este favorabil influențat și de sedarea generală realizată de prometazină), dar depresiunea nervoasă produsă de unele antihistaminice, printre care prometazina citată, poate fi excesivă și pot apărea manifestări extrapiramidale.

Alte fenotiazine [proclorperazina (Propizin), tioproperazina (Majeptil)] produc îndeosebi aceste tulburări extrapiramidale: contracturi impresionante ale musculaturii feței, gîtului și membrelor superioare, crize oculogire, stări de excitație psihică etc. Ca și prometazina, dozele mici de Fenobarbital sînt utilizate pentru sedare, dar sugarii și copiii mici pot răspunde la ambele medicamente prin agitație excesivă și insomnie.

Unele efecte secundare par anodine la început, dar lipsa de măsuri corespunzătoare poate determina o intoxicație severă: așa sînt intoxicația salicilică în cursul terapiei cu acid acetilsalicilic în reumatismul Bouillaud, tratamentul îndelungat cu doze importante de HIN și lipsit de aportul vitaminei B_6 (polinevrită, convulsii).

Supradozajul. Dozele toxice pentru unii copii pot fi insuficiente pentru alții.

Cloramfenicolul ilustrează acestă afirmație: doza de 50 mg/kg/24 ore este toxică pentru nou-născuții la termen din primele zile de viață și pentru prematurii din primele 2—3 săptămîni de viață; aceeași doză poate fi insuficientă pentru sugarii de 2—3 luni, cînd glucuronidarea și excreția s-au normalizat.

O comportare similară arată sulfamidele solubile.

Toxicitatea nu este dependentă numai de vîrstă, ci și de *asocierile morbide.* Nivelul sanguin al multor medicamente este dependent de starea funcției renale: deshidratarea, anuria, insuficiența renală severă determină niveluri sanguine toxice, deși posologia drogului (fenotiazina, kanamicina, streptomicina etc.) a fost cea uzuală.

Reamintim că doza eficace a unor medicamente (digitalicele) se situează aproape de doza toxică. Medicul va aprecia, de la caz la caz, necesitatea acestui tratament în raport cu riscurile respective și va lua cele mai bune măsuri pentru prevenirea și depistarea precoce a efectelor nedorite.

Idiosincrazia este rară; accidentele respective sînt în realitate provocate adesea de alterările mecanismelor de detoxifiere sau de excreție.

Hipersensibilitatea, mai frecventă la adulți, a început a fi mai des observată și la copii, pe măsură ce s-a răspîndit utilizarea unor medicamente ca penicilina (sub orice formă) sau procaina (Efitard).

Reacțiile fătului la medicamentele administrate gravidelor și parturientelor, ca și reacțiile prematurului și nou-născutului pot fi frecvente și grave.

Aceste aspecte au determinat apariția farmacologiei neonatale și perinatale; medicii care îngrijesc gravide, parturiente și nou-născuți trebuie să fie familiarizați cu noțiunile respective.

Scanned with OKEN Scanner

Marele număr de agenți terapeutici folosiți în prezent, acțiunile puternice și multiple pe care ei le exercită, permit astăzi o terapeutică activă, eficace pentru multe boli și stări în fața cărora eram dezarmați pînă acum 20—30 de ani.

Dar aceasta a determinat și o înmulțire a accidentelor terapeutice. Se conturează și o nouă patologie: unii microbi dispar, alții își modifică virulența, unele infecții sînt mai frecvente (virozele, infecțiile stafilococice, infecțiile provocate de bacili gramnegativi, micozele, disbacteriile intestinale). S-a modificat și frecvența, tabloul clinic al unor boli (colagenoze, alergoze). „Ospitalismul" îmbracă noi forme atît pentru nou-născuți, cît și pentru sugarii sănătoși și bolnavi îngrijiți în instituții (M.G. Balș, *Pediatria*, 1967, nr.3).

Aceste accidente se încadrează, într-o măsură variabilă, în *boala produsă de terapeutică*. Medicul este obligat să țină seama de toate aceste aspecte; orice act terapeutic ca și unele manevre diagnostice pot favoriza sau crea *boala iatrogenă*.

Citām cîteva eventualități mai frecvent realizate la copii:

— Funcționalitatea necorespunzătoare în secția de nou-născuți favorizează infecții și epidemii cu stafilococi „de spital", bacili coli patogeni, *Pseudomonas*, *Klebsiella* (P. Herșcovici, *Pediatria*, 1968, nr.4).

— Excesul de vitamină K sintetică administrată parenteral prematurilor (anemie hemolitică, icter nuclear).

— Cloramfenicolul, sulfamidele solubile, novobiocina administrate prematurilor (nou-născuților).

— Fenacetina administrată în primele luni de viață (intoxicație).

— Excesul de vitamine A și D la sugari (intoxicație).

— Internarea nejustificată a sugarilor suferinzi de boli ușoare, care ar putea fi tratate la domiciliu, creează pericolul unor suprainfecții grave cu virusuri și mai ales cu germeni „de spital".

— Utilizarea nerațională, abuzivă, repetată în timp, ca și indicația terapeutică greșită a sulfamidelor și antibioticelor (accidente locale, alergice toxice generale și predominant viscerale, suprainfecții microbiene și micotice etc.).

— Greșelile în administrarea parenterală a soluțiilor hidroelectrolitice.

— Greșelile de prescriere și urmărirea insuficientă pot provoca o intoxicație bolnavilor tratați cu acid acetilsalicilic (reumatism Bouillaud), aminofilină (eufilină, teofilină, Corfilin).

— Utilizarea nerațională, abuzivă și indicația terapeutică greșită a steroizilor corticosuprarenali, hormonilor hipofizari (ACTH), gonadotropi, hormonilor androgeni, hormonilor tiroidieni.

— Administrarea greșită a medicamentelor cu acțiune asupra sistemului nervos central (neuroleptice, anticonvulsivante, morfină, ca și derivații și substituenții ei) sau a sistemului nervos vegetativ, a digitalicelor, a medicamentelor diuretice moderne, a medicamentelor cu acțiune asupra coagulării etc.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL BOLILOR APARATULUI RESPIRATOR

TRATAMENTUL RINOFARINGITEI ACUTE

Sinonime: guturai, coriză, rinită acută, infecție gripală, infecție acută a căilor respiratorii superioare, faringită acută, cu și fără conjunctivită.

Este cea mai frecventă boală a copiilor din primii ani de viață. Deși cauza nu poate fi încă precizată la o bună parte din rinofaringite, etiologia este de cele mai multe ori *virotică*. S-au izolat numai puține virusuri: virusul respirator sincițial, virusurile *parainfluenzae*, rinovirusuri, virusurile ECHO, virusurile *Coxsackie* grupa A, adenovirusuri, la sugari și reovirusuri. *Mycoplasma pneumoniae* poate provoca o infecție ușoară a căilor respiratorii superioare.

Boala este determinată mai totdeauna de virus; la sugari sînt puține semne funcționale locale, dar la copii sînt mai evidente. *Flora bacteriană din rinofaringe este curînd activizată*; agresiunea acestor germeni (de obicei pneumococi, streptococi hemolitici, *H. influenzae*, stafilococi) provoacă *complicațiile bacteriene*: rinofaringită bacteriană, otită medie, sinuzită, angină, adenopatii cervicale, laringită, traheită, bronșită, bronșiolită, pneumonopatii.

Microbii sus-citați pot produce uneori și direct o rinofaringită, fără intervenția anterioară a unui virus. Streptococii hemolitici pot provoca la sugari febră și o rinofaringită cu leziuni crustoase, impetiginizate, la nări, o secreție seroasă groasă și epistaxis intermitent; boala se vindecă cu un tratament de aproximativ 5—6 zile cu penicilină.

Factorii favorizanți ai rinofaringitei sînt: vîrsta, distrofia, greșelile de alimentație, anemia, rahitismul, carențele vitaminice, diateza exsudativă, vegetațiile adenoide, rinita hipertrofică, sinuzitele, alergia rinofaringiană, condițiile defavorabile de micro- și macroclimat.

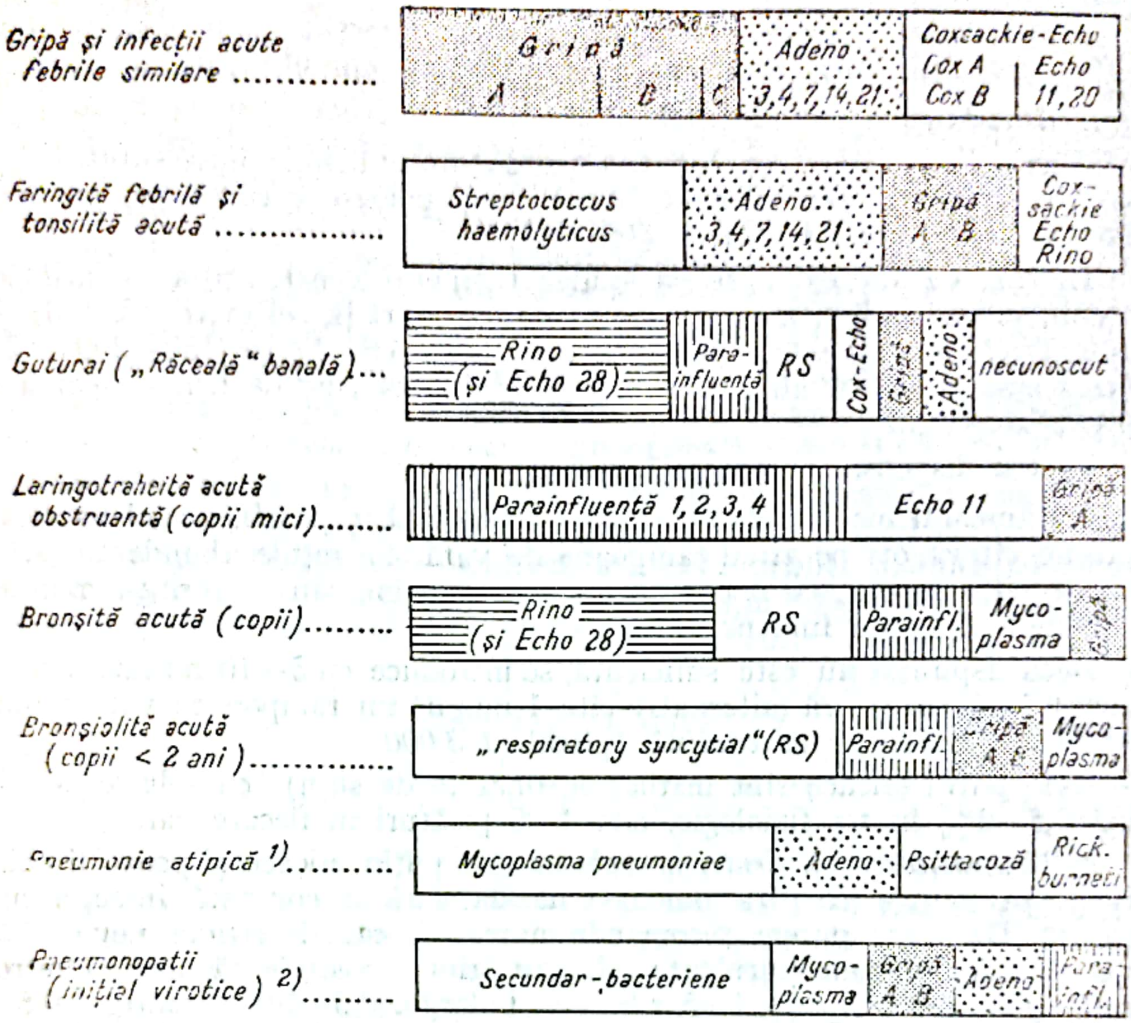
Diagnosticul pozitiv este ușurat de factorii epidemiologici, examenul clinic, hemogramă, culturi etc.

La orice rinofaringită se va urmări evoluția clinică (complicațiile bacteriene pot apărea îndeosebi după ziua a treia a bolii); se va cere examen auricular, examen sumar de urină (în timpul și la sfîrșitul bolii) etc.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 2

Bolile aparatului respirator (adulți și copii) și etiologia lor
(după C. H. Stuart — Harris, 1966)



1. Corespunde cu pneumonia interstițială a copiilor preșcolari și școlari.
2. La sugari și copii mici.

Nu există un tratament etiologic; terapeutica simtomatică încearcă să ușureze evoluția bolii și să prevină complicațiile bacteriene. Examenul clinic, hemograma, culturile pot identifica o rinofaringită primitivă bacteriană.

Tratamentul la sugar

Diagnosticul diferențial la această vîrstă se face cu: 1) rinitele bacteriene — coriza stafilococică (nou-născuți, în maternitate), coriza difterică, coriza sifilitică; 2) rinofaringita streptococică; 3) gripa; 4) pojarul; 5) tusea convulsivă; 6) exantemul subit.

Boala merită toată atenția, pentru că poate fi gravă la această vîrstă prin ea însăși (mai ales la prematuri și în primele 3 luni), prin *complicațiile bacteriene* (în aparatul respirator și la distanță) și prin *dispepsia secundară* (compromite echilibrul digestiv și nutriția).

Reamintim că obstrucția nazală împiedică și suptul, mai ales la prematuri și la sugarii din primele 3 luni de viață; pe lîngă neplăcerile legate direct de aceasta, curînd scade și laptele mamei.

Scanned with OKEN Scanner

Se va avea toată grija pentru menținerea unui aer proaspăt și umed în cameră. Copilul poate fi scos afară vara (chiar dacă are febră), dacă temperatura la umbră este de cel puțin 20—22°.

Îmbrăcămintea prea groasă, aerul prea cald și uscat din cameră sînt defavorabile sugarului, prelungind boala și favorizînd complicațiile.

Baie zilnică.

Regimul alimentar. Se vor recomanda multe lichide între supturi: ceai, apă (suc de fructe sau compot, după caz), pentru a compensa pierderile datorită febrei, hiperventilației etc.

În caz de anorexie, se va scădea temporar concentrația (cantitatea) laptelui, se va acidifia laptele, se va adăuga iaurt la cei mari și lichide din belșug. Dacă anorexia este importantă: dietă hidrică 6—12 ore (150—200 ml/kg) cu ceai, apă îndulcită 10—15% cu zahăr, glucoză (suc de fructe, zeamă de compot, după caz).

Pentru dispepsia parenterală vezi p. 54.

Tratamentul local 1. *Restabilirea permeabilității nazale.* Nasul va fi curățat de cîteva ori pe zi cu tampoane de vată. Secrețiile abundente pot fi aspirate cu o pipetă, cu o pompă mică de cauciuc sau cu seringa montată la o sondă Nélaton fină nr. 8—10.

Dacă aspirația nu este suficientă, se introduce cu 5—10 minute înainte de supt în fiecare nară (alternativ cîte 1 minut) un tampon cu vată umidificată cu o *soluție de adrenalină 1/1000—1/3 000.*

Mai puțin eficace sînt instilațiile (înainte de supt) cu soluție de efedrină 0,5—1% în ser fiziologic, cîte 4—5 picături în fiecare nară.

2. *Neutralizarea virulenței microbiene* este puțin eficace și poate fi chiar periculoasă pentru că irită mucoasa nazală, fără să combată infecția microbiană. De aceea putem recomanda numai în caz de strictă nevoie (secreții abundente mucopurulente și /sau rinită posterioară, angină retronazală) și numai timp de 4—5 zile: sol. Colargol 0,5—1%, Protargol 0,5—1% sau Targesin 2—3%, de 3—4 ori pe zi cîte 4—5 picături în fiecare nară (flacon și pipetă individuale).

Acestea vor fi recomandate numai în caz de strictă nevoie și numai pe timpul strict necesar, pentru că pot determina o iritație chimică, care inflamează și mai mult mucoasa, sporind și secreția. Sînt interzise soluțiile de antibiotice (Fedrocaină, penicilină, sulfatiazol etc.), Rinofug, formulele care conțin mentol, *oleum helianthi* sau uleiuri de vaselină sau de parafină (pericol de pneumonie lipoidică). Mentolul și nafazolina (Rinofug) pot determina la sugari somnolență, colaps, comă (chiar și moartea).

3. *Pentru protecția pielii* (nări și buza superioară): Cutaden sau Jecozinc.

Tratamentul general. *Febra* mică este bine tolerată și nu este necesar un tratament special. Dacă febra trece de 38,2—38,3° se recomandă prișniț toracic și baie răcoritoare. Pot fi folosite (mai puțin eficace ca hidroterapia) și antitermicele. Putem recomanda acid acetilsalicilic 0,05—0,10 g × 1—2/zi, sau Aminofenazona 0,05 g × 1—2/24 ore, sau sol. amidopirină 1% 1 linguriță × 1—2/24 ore. *Rp. Aminophenazonum* 1 g, *Sirupus simplex*

Scanned with OKEN Scanner

(sau *Auranthi corticis* sau *citri*) 20 g, *Aqua destill. ad* 100 g (1 linguriță = 0,05 g amidopirină); sau supozitoare *Rp. Aminophenazonum* 0,05 g, *Chininum hydrochloricum* 0,015—0,05 g, *Butyr cacao q.s.ut.f. supozit. pro infantibus, D. tales dos. N.XV*, 1 supozitor ×1—3/24 ore, sau Aminofenazona L supozitoare, Acalor supozitoare. Seara: eventual fenobarbital 0,01—0,015g.

Vitamina C, 100—200 mg/zi.

Antibioticele sînt indicate cînd bănuim o infecție secundară bacteriană (pneumococi, *H. influenzae*); aceasta este verosimilă cînd febra persistă după a treia, a patra zi de boală sau reapare după cele 3—4 zile ale bolii virotice inițiale. Secreția abundentă și purulentă nazală poate deveni foarte supărătoare și poate, de asemenea, să reprezinte o oarecare indicație în acest sens. Se recomandă: Neoxazol și/sau penicilină cristalizată. Durata tratamentului este în funcție de involuția simptomelor locale și generale și va fi continuat (cel puțin) 2—3 zile după normalizarea temperaturii.

Secrețiile abundente și groase împiedică respirația nazală, iar sugarul înghite aer, care poate provoca dilatația acută a stomacului cu asfixiere și colaps (sondă gastrică), distensiune abdominală și colici.

Adenoidita acută este o complicație bacteriană a rinofaringitei sugarului, în care procesul inflamator bacterian se centrează în amigdala faringiană, provocînd o simptomatologie caracteristică. Tratament: al infecției bacteriene, al terenului (diateză exsudativă), al vegetațiilor adenoide, al copilului și al stărilor morbide asociate (rahitism, anemie etc.).

Tratamentul la copil

Diagnosticul diferențial se face cu angina bacteriană, gripa, rujeola, tusea convulsivă, tulburările vasomotorii alergice, meningita meningococică.

Particularități ale tratamentului (în raport cu tratamentul la sugar).

În pat, cît timp durează febra, apoi în cameră 1—2 zile. Regim lactofăinos-vegetarian pe timpul febrei. Pentru nas, la nevoie și numai cel mult 4—5 zile: ser fiziologic cu efedrină 1%, Colargol 1%, Protargol 1% sau Targesin 5% cîte 6—8—(10) picături în fiecare nară, repetat de 3 ori/zi. Dacă tulburările vasomotorii sînt importante: Rinofug, diluat 1:1; nu vom recomanda Fedrocain, Sulfatiazol, nici formulele care conțin mentol la copii sub 7 ani. Inhalații cu ceai de tei sau mușețel × 2—3/zi (se poate adăuga Inhalant la copii peste 5 ani). Gargară (III) × 3—4/zi cu apă oxigenată (1 linguriță la 1 pahar mic cu apă caldă), cu ceai de mușețel, Romazulan, Gargarism sau Fenosept. Poate fi util prișnițul umed cald în jurul gîtului de 2—3 ori/zi cîte o oră. Învățăm copilul să-și sufle corect nasul, blînd, fiecare nară succesiv (prevenim otita, sinuzita).

Contra febrei: hidroterapie ca la sugar; acid acetilsalicilic 0,125—0,25—(0,50) g × 1-2-3/zi sau *Aminophenazonum* 0,10—0,15 —(0,30) g × 1-2-3/24 ore sau soluție de amidopirină 2% (aceea prescrisă pentru sugar cu *Aminophenazonum* 2 g/100 × 1—4 linguriție/24 ore (1 linguriță = 0,10 g amidopirină); sau Aminofenazona L supozitoare sau Acalor comprimate. Dacă tusea uscată este supărătoare: codeină fosforică sau Calmotusin, Tusan sau Tusomag. Vitamină C, 200—400 mg/zi.

Scanned with OKEN Scanner

Seara poate fi util Fenobarbital 0,015—0,05 g sau Hipnogal sau prometazină 7,5—15 mg, adică 1/4—1/2 comprimat Romergan sau 1 1/2—3 linguriţe sirop Romergan pentru copii.

Împachetarea. În primele ore ale bolii şi la copii peste 5—6 ani pot fi obţinute rezultate foarte bune (contraindicată la febra peste 39°). Acid acetilsalicilic 0,25—0,50 g în prealabil. Punem copilul în baie (apa la 37°) şi creştem treptat temperatura băii prin adăugarea de apă caldă pînă la 40°, în care îl mai ţinem două minute. Apoi scoatem copilul din apă, îl punem într-un cearşaf şi-l învelim cu o pătură groasă de lînă, lăsînd numai faţa liberă. Adăugăm sticle calde împrejur şi o plapumă peste copil. Dăm copilului să bea aproximativ 1/4 litru ceai de tei cald. După ce a început să transpire, mai menţinem copilul încă 30 de minute în împachetare, după care este scos, şters, îmbrăcat cu rufe calde şi uscate şi pus în pat. În timpul procedurii, copilul va fi bine supravegheat: ne oprim imediat dacă buzele se albăstresc sau dacă se albesc. Atenţie la copii cu diateză exsudativă.

Antibioticele nu sînt indicate în boala virotică propriu-zisă.

Tratamentul antiinfecţios al complicaţiilor. Vom recomanda penicilină (cristalizată, Efitard) sau sulfamide (Neoxazol, Dulana, Plisulfan, Plurisulfan). Nu asociem sulfamide cu Efitard.

Durata tratamentului este în funcţie de involuţia simptomelor locale şi generale; el va fi continuat 2—3 zile după normalizarea temperaturii.

Profilaxia rinofaringitei acute. Evitarea contaminării (mai importantă la sugari), *prin izolare* (atît în familie, cît şi în colectivităţi).

Temperatura 18-20-22° şi *umiditate* în camera copilului.

Temperatura ridicată şi uscăciunea aerului acţionează defavorabil asupra mucoaselor respiratorii.

Călire.

TRATAMENTUL COMPLICAŢIILR RINOFARINGITEI ACUTE

În primul rînd vor fi luate în consideraţie complicaţiile de imediată vecinătate: otitele, limfadenitele, sinuzitele. Infecţiile căilor respiratorii inferioare şi pneumonopatiile sînt descrise mai departe, deşi legătura multora din ele cu o rinofaringită este adesea foarte evidentă.

TRATAMENTUL OTITEI MEDII ACUTE

Otita medie acută apare ca *boală secundară* în timpul sau după o coriză, rinofaringită, gripă, angină, pojar etc. Frecvenţa sa a scăzut considerabil datorită tratamentului precoce şi corect al rinofaringitelor, adenoiditelor, anginelor etc. *Frecvenţa reală a otitei medii este dependentă şi de interpretarea justă a imaginii otoscopice:* anumite modificări ale timpanului sînt frecvente în cursul infecţiilor respiratorii, fără ca să existe o otită bacteriană; aspectul local se modifică la copil cînd acesta ţipă sau dacă s-au folosit medicamente ca Boramid etc. Numai la sugarii distrofici de gradul al II-lea şi al III-lea, la cei cu carenţe severe proteice, în cursul bolilor grave, în condiţiile de „ospitalism" se mai pot întîlni *otita aparent primitivă*, otita latentă, astenică; de cele mai multe ori şi aceste otite au o discretă simptomatologie,

Scanned with OKEN Scanner

care nu este relevată dacă examenele succesive de pediatrie și ORL nu sînt amănunțite și nu ținem seamă că antibioticele pot masca simptomele otitei.

Copilul va fi atent urmărit clinic (cu atenție deosebită asupra alimentației, tubului digestiv, aparatului respirator și renal). Se vor practica: hemograma, reacția la tuberculină, examenul sumar al urinii etc. Zilnic pediatrul va consulta specialistul ORL.

Diagnosticul diferențial al otitei medii: cu otita *a vacuo*, cu otita externă.

Terapeutica inițială a otitei medii: restabilirea permeabilității nazale și drenajul secrețiilor respective, tratament antibacterian specific. Majoritatea otitelor medii la sugari și copiii mici sînt provocate de pneumococi și aproximativ 20% de *H. influenzae*; excepțional sînt incriminați streptococii. La copii peste 6 ani, otita este provocată mai totdeauna de pneumococi. Etiologia streptococică este probabilă atunci cînd otita apare în cursul unei boli streptococice sau într-o epocă de frecvente boli streptococice. *H. influenzae* este excepțional de rar întîlnit în otitele copiilor mari.

Pentru că nu cunoaștem agentul bacterian care a determinat otita respectivă, tratamentul inițial va fi în concordanță cu aceste date generale.

La sugari și copii mici: a) penicilină cristalizată 400 000—1 600 000 u./24 ore (la 6 ore); b) ampicilină.

La copiii mari: a) penicilină cristalizată 1 200 000—2 400 000 u./24 ore (la 6 ore); b) eventual Efitard.

Sulfamidele nu sînt indicate, fiind inactivate de puroi.

Tratamentul la copil

a) **Stadiul congestiv** este foarte scurt și otita trece curînd la stadiile următoare sau involuează. Instilații nazale × 3/zi, cu preparate argentice sau mai bine vasoconstrictorii (p.29) timp de 5—7 zile pentru restabilirea permeabilității nazale.

Instilația în conductul auricular respectiv, din oră în oră, de Boramid sau (cu același mod de administrare): Rp. *Natrium boricum* 1 g, Sol. *adrenalini hydrochloricum* 1% 30 pic., *Glycerinum* 30 g. Eficacitatea acestui tratament este îndoielnică. Nu recomandăm glicerină fenicată.

Căldură locală uscată (săculeț cu sare caldă, nisip cald, pernă electrică, lampă Solux) sau umedă (comprese calde, cataplasmă) pe regiunea auriculară. Antitermice numai după controlul temperaturii. Analgezice, după vîrstă: Algocalmin, Antinevralgic, Antimigrin; la antitermicele citate (care sînt și analgezice) se poate adăuga fenacetină, barbital, fenobarbital, după formula: Rp. *Acidum acetylsalicylicum*, *Phenacetinum* āā 0,15 g, *Acidum phenylaethylbarbituricum* 0,025 g, *D. tal. dos.* N.X, 1 pachet × 2—3/24 ore (III) sau Rp. *Aminophenazonum* 0,15 g, *Acidum diethylbarbituricum* 0,075 g, D. *tal. dos.* N.X. 1 pachet × 2—3/24 ore (III).

Antibioticele trebuie introduse imediat dacă otita debutează cu febră la o rinofaringită care durează de peste 3 zile (vezi mai zus); durata tratamentului este în funcție de involuția simptomelor locale și generale, de obicei 5—7 zile.

În rest, vezi rinofaringita acută.

Scanned with OKEN Scanner

Control auricular zilnic, pentru a urmări evoluția locală.

Multe otite rămîn în acest stadiu congestiv și se pot rezolva în 24—48 de ore. Succesul antibioticelor se datorește, de multe ori, efectului lor asupra rinofaringitei bacteriene, boala de bază. Involuția rinofaringitei are efecte salutare asupra otitei congestive. Repetăm că acest stadiu este scurt și considerăm ca o eroare menținerea acestui diagnostic la copii a căror otită durează deja de 3—4 zile; s-a ajuns între timp la o otită medie supurată, al cărei timpan — modificat de antibiotice — simulează o otită congestivă.

b) **Stadiul exsudativ.** În cel mult 24—48 ore de la debut, otita poate ajunge la acest stadiu.

Specialistul ORL va hotărî dacă este numai o otită medie în stadiul exsudativ și deci bolnavul poate rămîne la tratamentul antibiotic (sub urmărire zilnică ORL și pediatrică). În rest același tratament.

c) **Stadiul de colecție supurată.** Paracenteză corectă a timpanului respectiv, fără nici o întîrziere. *Culturi la prima paracenteză pentru identificarea germenilor și antibiogramă.*

Deși otita este urmarea unei rinofaringite, germenii din urechea medie pot să nu fie identici cu cei care predomină în rinofaringite. Antibioticele pot masca evoluția otitei medii: aspectul „congestiv" sau „exsudativ" al timpanelor poate ascunde o *otită medie supurată.* Experiența medicului ORL, consultul repetat cu pediatrul etc. *pot evita această eroare,* care poate avea urmări neplăcute sau grave.

Ingrijiri postoperatorii. Pansament aseptic (schimbat de 2—3 ori/24 ore). Băi auriculare (după ce s-a instalat drenajul și dacă recomandă medicul specialist ORL). Asepsie riguroasă în cursul spălăturilor; după aceea, pansament steril pentru a evita suprainfecția. Durata: în funcție de involuția locală.

Tratament general. Antibiotice (vezi p. 31). Reamintim că antibioticele nu sînt în general active asupra colecțiilor purulente care nu sînt corect drenate.

Dacă rezultatele tratamentului inițial sînt nesatisfăcătoare, tratamentul va fi orientat după antibiogramă (concordanța între rezultatele *in vitro* și *in vivo* nu este constantă).

Durata. De obicei 6—7 zile, adică pînă ce încetează supurația, pînă ce reapare triunghiul luminos la examenul local și se reinstalează auzul normal. Copilul nu va fi scos afară în timpul otitei.

Supravegherea drenajului. La orice semn de retenție, paracenteză largă; în caz de retenție persistentă este vorba de greșeli de tratament (local și general) sau suspiciune de mastoidită. Otoreea prelungită (2—3 săptămîni și peste) se explică prin greșeli de tratament, otoree tubară, suspiciune de mastoidită.

Tratamentul complementar. Restabilirea permeabilității nazale; vegetațiile infectate pot întreține otita.

O atenție specială pentru otitele care apar ca o complicație a bolilor infecțioase: rujeola, gripa, scarlatina. Ele se remarcă prin bilateralitate aproape constantă, evoluție rapidă și tendință la necroză (excepție miringita flictenulară produsă de virusul gripal și de *Mycoplasma pneumoniae*).

Scanned with OKEN Scanner

Diagnostic: cercetarea zilnică a semnului Vacher în cursul rinofaringitei acute: examen auricular prin specialistul ORL la orice boală acută a cărei etiologie este neclară, mai ales în caz de prelungire (peste 3—4 zile), de agravare sau „recădere" a rinofaringitei acute.

Frecvența acestor otite a scăzut considerabil în ultimii ani datorită tratamentului precoce și corect al rinofaringitelor. Totuși, *examenul otoscopic rămîne obligatoriu la orice sugar bolnav.* Imaginea otoscopică prezintă, la această vîrstă, particularități care cer un examen amănunțit (cu lupa) al unui specialist obișnuit cu sugarii (particularități ale timpanului, ale sugarului și ale bolilor sale). Antrita (orice otită medie acută este de fapt o otoantrită, aici ne referim la antrita care a căpătat o oarecare individualitate), mastoidita și sindromul neurotoxic au devenit rarități la copiii ale căror rinofaringite și otite au fost corect — și în colaborare — tratate de pediatri și medici ORL (M. Ciurea, *Pediatria*, 1967, nr. 3).

Diagnosticul precoce, tratamentul antiinfecțios cu antibioticul potrivit, în doze adecvate și pe o perioadă suficient de lungă, sînt mijloacele care permit de cele mai multe ori să se evite paracenteza la otita congestivă și să asigure vindecarea în aproximativ 7 zile de tratament.

Dacă sugarul ajunge la medic în stadiul de otită supurată, paracenteza imediată și îngrijirile locale ulterioare permit vindecarea — în cadrul tratamentului citat mai sus — cu evitarea complicațiilor relativ frecvente în trecut.

Un aport totdeauna însemnat și uneori hotărîtor este reprezentat de tratamentul general al sugarului. Pediatrul se va ocupa în special de ameliorarea condițiilor de mediu (la spital, acasă), de igiena sugarului, de alimentație și de corectarea dispepsiei, ca și de tratamentul distrofiei, anemiei, rahitismului și altor carențe.

Aspectele locale pot fi însă și înșelătoare pentru că, la unii sugari și în anumite momente, diferențele dintre otita congestivă și colecția supurată sînt în parte greu de sesizat, mai ales dacă medicul ORL nu ține seama de toate datele problemei la bolnavul respectiv.

Mai ales *tratamentul anterior cu antibiotice* poate altera imaginea otoscopică; numai urmărirea amănunțită a bolnavului, în cadrul colaborării strînse dintre medicul ORL și pediatru, este premisa succesului în unele cazuri dificile.

Antibioticele sînt obligatorii la orice semn local de otită la sugar (p. 31). Dacă rezultatele tratamentului inițial sînt nesatisfăcătoare, terapeutica ulterioară se va orienta după antibiogramă (concordanța dintre rezultatele *in vitro* și cele *in vivo* nu este constantă).

Durata tratamentului: pînă ce încetează supurația, pînă ce reapare triunghiul luminos la examenul local, în concordanță cu dispariția simptomelor generale (febră, dispepsie parenterală etc.) și în cadrul unei curbe ascendente a greutății.

Aceste rezultate pot fi obținute de obicei în aproximativ 7 zile. Este prudent ca externarea sugarului să fie făcută după ce ne-am asigurat (3 zile) că aceste rezultate se mențin și după încetarea antibioticelor. Unele otite supurate la sugar impun însă un tratament mai lung, de 1—2 săptămîni.

Scanned with OKEN Scanner

Deşi tetraciclina are la activul său succese deosebite la unii bolnavi, reamintim şi fenomenele secundare la sugari; medicul poate folosi acest antibiotic cînd crede că este absolut necesar, fiind avertizat asupra neplăcerilor care pot succeda curelor mai lungi.

În cadrul unei terapeutici generale corecte şi în condiţiile unei îngrijiri atente locale, tratamentul lung cu antibiotice poate contribui la rezolvarea radicală a unor otoantrite ale sugarului, care erau mai frecvente pînă acum 15—20 de ani.

În rest, tratamentul expus la rinofaringita şi la otita copilului:

— restabilirea permeabilităţii nazale (p. 28); vegetaţiile adenoide pot întreţine unele otite;

— tratamentul febrei (p. 28);

— îngrijirile locale pentru otita paracentezată (p. 32);

— măsuri în ceea ce priveşte camera copilului (izolarea este foarte indicată), alimentaţia, tratamentul dispepsiei asociate (p. 54), al distrofiei, rahitismului, anemiei, al altor carenţe etc.

Tratamentul la nou-născut

Deşi poate exista o contaminare la naştere (lichid amniotic, secreţii vaginale septice), otita este de obicei şi la această vîrstă urmarea unei corize. Examenul otoscopic furnizează mai mult o impresie care, asociată cu semnele generale (febră mică, întîrziere în recuperarea greutăţii) şi mai ales cu o coriză în evoluţie (de obicei în anotimpul rece, într-o ambianţă epidemiologică evocatoare), determină diagnosticul. Ca tratament: paracenteză, pansamente sterile, antibiotice (penicilină sau Ampicilină).

Prevenirea otitei medii acute. Călirea copilului, vitaminele necesare în funcţie de copil. Copilul va fi învăţat cum să-şi sufle corect nasul. Tratamentul corect al rinofaringitelor.

Prevenirea otitelor recidivante. În afara factorilor citaţi, recidivele sînt favorizate şi de vegetaţii adenoide, infecţia cronică a amigdalelor, a sinusurilor. Se recomandă investigaţii (şi tratament) pentru o eventuală componentă alergică.

OTITA A VACUO

Spre deosebire de otita acută, de care ne-am ocupat mai sus, această afecţiune nu este propriu-zis o otită, pentru că în urechea medie nu există o infecţie. Simptomatologia este determinată de transsudatul aseptic din casa timpanului, urmare a obstrucţiei tubare. Vegetaţiile adenoide (masive sau limitate la amigdala tubară) sînt cauza cea mai frecventă; boala este favorizată de infecţiile intercurente, mai ales iarna în climatul rece şi umed sau vara, de vîntul puternic la malul mării, de săriturile în apă.

Tratamentul corizei sau adenoiditei: dezinfecţie argentică combinată cu vasoconstrictorii. Copilul îşi va sufla corect nasul.

Adenoidectomia „la rece" evită recidivele.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL LIMFADENITELOR CERVICALE

Germenii invadatori secundari ai rinofaringitei acute au tendința să se propage spre lanțurile ganglionare situate de-a lungul mușchiului sterno-cleidomastoidian și în ganglionii occipitali. Adenoflegmonul este rar și limitat de obicei la prima grupă citată. Antibioticele (penicilina cristalizată în doze mari, 2—3 milioane u./24 ore, la 3—6 ore) și razele ultrascurte rezolvă mai totdeauna inflamația, fără să se ajungă la incizie.

TRATAMENTUL ABCESULUI RETROFARINGIAN

Acest adenoflegmon este o complicație caracteristică pentru prima copilărie; în ultima vreme, cazurile sînt mai rare datorită tratamentului precoce și corect al rinofaringitei și adenoiditei.

În stadiul de adenită, tratamentul comportă administrarea de penicilină cristalizată, 400 000—600 000 u./24 ore, la 3 ore, raze ultrascurte, Polidin etc.

În stadiul de abces, se practică imediat incizia de către specialistul ORL, cu precauțiile de rigoare și se administrează antibiotice ca mai sus.

Bolnavul va fi urmărit zilnic pentru că plaga are uneori tendință să se închidă prea repede. Vindecarea este de obicei completă în aproximativ 7 zile. Imediat ce starea generală o permite, se va face adenoidectomie.

TRATAMENTUL SINUZITELOR ACUTE

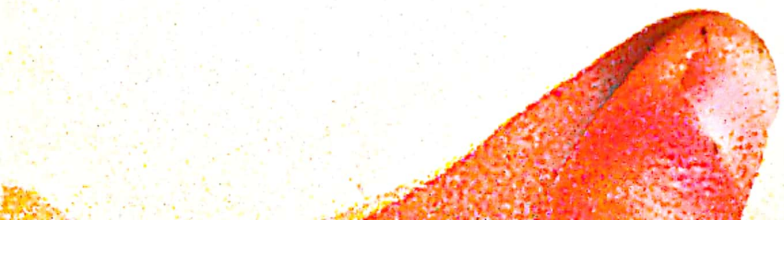
Particularitățile dezvoltării anatomice a sinusurilor explică de ce fiecare tip de sinuzită este oarecum particular unei anumite vîrste și gradului de dezvoltare anatomică a sinusurilor respective. Sinuzita maxilară reprezintă 90% din sinuzitele copilului; sinuzita frontală apare numai la copii de 12—15 ani.

Etiologie: rinofaringită acută, angină acută, tuse convulsivă, scarlatină, rar o infecție dentară de vecinătate (sinusul maxilar). Componenta alergică poate fi importantă.

Frecvența sinuzitelor copilului este foarte diferit apreciată: tipul adult (adevărata complicație) este foarte rar, dar simpla participare a sinusurilor la procesul infecțios rinofaringian este frecventă. În majoritatea cazurilor, boala copiilor respectivi poate fi mai corect denumită: *rinită și sinuzită.* Sinuzita acută este mai curînd un sindrom de vecinătate decît o complicație propriu-zisă a rinofaringitei acute. Ca și otitele medii, sinuzitele acute ale copilului pot fi astăzi frecvent rezolvate de pediatru, fără aportul terapeuticii chirurgicale (puncții, spălături etc.). Tumefierea mucoasei sinuzale rămîne uneori ca simptom izolat în cursul rinofaringitelor prelungite ale copiilor alergici și cedează la tratamentul rinofaringitei și al terenului alergic.

Sinuzita etmoidală (la sugari mai ales) este astăzi foarte rară, dar rămîne la fel de periculoasă, pentru că poate provoca osteomielită, meningită, septicemie.

Copilul va fi urmărit de pediatru și de specialistul ORL, clinic și prin diferite examene: hemogramă, V.S.H., examen sumar al urinii, radiografii, culturi ale secrețiilor pentru identificarea germenilor și antibiogramă (înainte de a începe tratamentul cu antibiotice), etc.



Scanned with OKEN Scanner

Tratament (indiferent de localizare):
Repaus în cameră (22—24°), în atmosferă umedă.
Alimentație și hidratare suficientă.

Restabilirea permeabilității nazale și asigurarea drenajului prin: umidificare (inhalații cu mușețel, fără mentol); descongestionarea mucoasei prin vasoconstrictorii locale, pentru a asigura și drenajul secrețiilor din sinusuri (Rinofugul în concentrație potrivită vîrstei va fi preferat adrenalinei și efedrinei, pentru că produce mai rar „edem secundar"); comprese fierbinți; lumină infraroșie, raze ultrascurte.

Antihistaminicele (Feniramin, Clorfenoxamină, Romergan sau Nilfan) pot fi de folos cînd componenta alergică este importantă.

Acid acetilsalicilic asociat cu Fenobarbital sau Algocalmin comprimate sau Acalor comprimate.

Fenomenele generale și locale diminuează în 4—8 zile; rinoreea se oprește și imaginea radiologică se normalizează în 2—3 săptămîni.

Antibioticele sînt indicate numai în formele mai severe, a căror componentă infecțioasă este netă și care nu cedează la tratamentul descris mai sus. Se va începe cu antibiotice ca tetraciclina sau eritromicina (agenții provocatori sînt de obicei pneumococii, *H. influenzae*, stafilococii); ulterior, în raport cu evoluția clinică și antibiograma. Durata tratamentului 7-10-(14) zile.

Profilaxia sinuzitei acute. Tratamentul precoce și corect al rinofaringitei sau anginei acute, repaus după caz, izolare de alți bolnavi cu boli respiratorii acute, restabilirea permeabilității nazale, umidificarea atmosferei etc. Corectarea anemiei, hipotiroidiei etc.

Profilaxia recidivelor sinuzitelor acute. Suprimarea cauzelor eventuale: vegetații adenoide (amigdale infectate cronic). Tratamentul rinitei cronice, obstrucției nazale mecanice, anemiei, hipotiroidiei, alergiei, diatezei exsudative, carențelor (vitamină A, γ-globuline), sindromul Kartagener.

TRATAMENTUL ANGINELOR ACUTE

Sinonime: tonsilită acută, faringită acută (termenul de amigdalită acută este incorect).

Foarte rare la sugari (cu excepția anginei retronazale), mai frecvente pe măsură ce crește copilul.

Angina bacteriană este provocată de streptococi β-hemolitici de grup A, rar de stafilococi hemolitici, pneumococi și *H. influenzae*; virusurile determină angina (tonsilita) exsudativă nebacteriană.

Diagnosticul se stabilește prin: anamneză, examenul clinic local și general, examenul bacteriologic al exsudatului faringian (frotiu, culturi pe geloză și geloză-sînge, eventual și pe medii speciale pentru bacil Löffler, monilii), hemogramă, V.S.H., examenul urinii etc.

Diagnositc diferențial cu: scarlatina, difteria, angina micotică, mononucleoza infecțioasă, leucemia, agranulocitoza, panmieloftizia etc.

Tratamentul anginelor (tonsilitelor) nebacteriene: vezi rinofaringita acută.

Tratamentul anginelor (tonsilitelor) bacteriene. Majoritatea lor sînt provocate de streptococi hemolitici de grup A; de aceea, în prezența unei

Scanned with OKEN Scanner

angine cu caractere clinice evocatoare, se va recolta exsudat faringian și se va începe tratamentul anginei streptococice.

Rezultatul culturilor (hemograma, V.S.H., evoluția sub tratament) va confirma de cele mai multe ori diagnosticul clinic inițial.

Angina streptococică. Simptomele bolii sînt de cele mai multe ori caracteristice.

Formele fruste pot pune unele probleme (mai ales la amigdalectomizați), dacă nu ținem seama de datele epidemiologice, clinice, laborator (culturi, hemogramă, V.S.H.).

Recunoașterea precoce (culturi din nas și faringe, hemogramă, V.S.H., examenul sumar al urinii; culturi din faringe la membrii familiei, la copii din colectivitate) asigură vindecarea și evită complicațiile imediate și tardive (Eugenia Mihalca, *Pediatria*, 1967, nr. 5).

Tratamentul specific. Penicilina va fi totdeauna folosită; excepție fac numai bolnavii alergici la penicilină (eritromicină, în această rară eventualitate). Durata tratamentului: 10 zile.

Tetraciclina nu va fi folosită pentru că aproximativ 20% din tulpinile de streptococi de grupa A au devenit rezistente la acest antibiotic; sulfamidele nu pot asigura eradicarea infecției streptococice.

1. Boală ușoară sau medie, fără complicații:

a) Efitard, i.m. un flacon la 12 ore, 10 zile; sau b) Efitard în primele 2—3 zile, apoi Moldamin, fie două flacoane a 600 000 u., cîte unul la 3—4 zile, fie o singură injecție cu 1 200 000 u.; sau c) Moldamin, fie 2 injecții a 600 000 u. la 3—4 zile, fie o injecție de 1 200 000 u.; sau d) Penicilină V, cîte un comprimat la 4—(6) ore, 10 zile.

2. Forma clinică severă și/sau complicații supurate la internare: penicilină cristalizată i.m., 800 000—1 600 000—2 400 000 u./24 ore (la 3—6 ore), pînă la amendarea evidentă a simptomelor (3—4 zile). Apoi penicilină de depozit (Efitard sau Moldamin, ca mai sus). Cură totală: 10 zile.

Tratamentul general. Repaus la pat în timpul perioadei acute. Alimentație ușoară în primele zile, lichide cît timp există disfagie; după 1—2 zile de regim hidrolactat, regim lacto-făinos-vegetarian alte 2—3 zile. Acid acetilsalicilic împotriva febrei, durerilor. Durerea este calmată și de spălături cu irigatorul la copii peste 7 ani (cu ceai cald de mușețel). Faringosept. Gargara nu are eficiență. Badijonarea regiunii locale (albastru de metilen etc.) este interzisă.

Prevenirea anginei streptococice. Culturi din rinofaringe la contacți.

Prevenirea complicațiilor precoce (supurate). Recunoașterea precoce a bolii, tratament imediat și corespunzător al anginei.

Prevenirea complicațiilor tardive. Reumatismul Bouillaud și glomerulonefrita nu pot apare dacă tratamentul corect al anginei streptococice începe în prima săptămînă de boală. Dacă tratamentul a început tîrziu, dacă a fost incorect: tratament 10 zile ca mai sus, urmărire clinică o lună, V.S.H. și examen sumar al urinii o dată pe săptămînă.

Angina stafilococică impune utilizarea unui antibiotic ca meticilina, oxacilina (eventual eritromicină, Pyostacine, Novobiocina) pentru că stafilococii răspund astăzi rar la penicilină G (angina stafilococică apărută în spital este provocată de stafilococi de „spital").

Scanned with OKEN Scanner

Angina retronazală: vezi adenoidita acută.

Angina fuzospirilară (Plaut-Vincent) este o angină pseudomembranoasă unilaterală (colorație specială pentru spirili), care poate semăna cu difteria, mononucleoza infecțioasă, tuberculoza, sifilisul. Tratament: penicilină cristalizată 800 000—1 600 000 u./24 ore, la 6 ore, timp de 5—7 zile, spălături largi bucofaringiene cu irigatorul (cu ceai de mușețel) de 3 ori/zi, prișniț cervical, eventual raze ultrascurte. Analgezice și antitermice ca la rinofaringita acută.

TRATAMENTUL COMPLICAȚIILOR ANGINELOR BACTERIENE

Complicațiile supurate sînt aproape totdeauna urmarea anginei streptococice, deci penicilina este antibioticul indicat (sub formă cristalină), cu o posologie ridicată și un ritm frecvent de administrare în primele zile.

Limfadenita moderată a ganglionilor submandibulari și angulomaxilari face parte din tabloul obișnuit al anginei bacteriene.

Adenoflegmonul. Instalarea sa este favorizată de existența unei forme severe de angină, de o infecție stafilococică sau de aplicarea unui tratament incorect și/sau tardiv. *Tratament:* penicilină cristalizată 2 400 000 u./24 ore, în primele zile la 3—4 ore, raze ultrascurte, prișniț larg cervical; aceste măsuri sînt de obicei suficiente pentru rezolvarea medicală a procesului inflamator, fără să se mai ajungă la incizie. Amigdalectomie „la rece".

Abcesul periamigdalian sau periamigdalita flegmonoasă (diagnostic cu difteria, mononucleoza infecțioasă) poate complica îndeosebi o angină streptococică. *Tratamentul în faza de debut:* 5—6 spălături bucofaringiene/zi cu irigatorul (ceai de mușețel), la care se adaugă eventual 20 g *natrium boricum*/litru, la fiecare 2—3 ore, prișniț cervical cald pentru adenopatia subangulomaxilară. *Tratamentul în faza de colecție:* incizie imediată. Penicilina (posologie ca la adenoflegmon) este foarte utilă, pentru că uneori contribuie la retrocedare, alteori grăbește și limitează colectarea, împiedicînd totodată și tromboflebita sau septicemia, observate altă dată. Este de reținut că antibioticul poate și numai aparent să atenueze procesul supurativ, imprimînd bolii o evoluție prelungită, atipică, care nu ne scutește totdeauna de o incizie. Amigdalectomia se impune, dar la 2—3 luni după procesul acut supurat.

Abcesul retrofaringian (complicația anginei retronazale): vezi p. 35.

Glomerulonefrita acută, reumatismul Boillaud sînt strîns legate de angina streptococică. Tratamentul precoce și corect al acesteia, urmărirea bolnavilor în săptămînile următoare, mai ales a celor tratați tardiv și/sau incorect (examen de urină, V.S.H.), evită aceste complicații tardive sau permit o depistare precoce.

TRATAMENTUL LARINGITELOR ȘI LARINGOTRAHEOBRONȘITELOR ACUTE

Polimorfismul acestor manifestări este dependent de: *etiologia* lor variată (de obicei infecții banale — rinofaringită, foarte rar infecții specifice — difterie, rujeolă); *leziuni anatomopatologice* atît de diferite (de la simplul catar al mucoasei pînă la exsudat pseudomembranos, edem submucos, ulcerații,

Scanned with OKEN Scanner

necroze); *sediu* (boala cuprinde un segment sau întreg laringele şi se poate extinde la arborele traheobronşic).

Caracteristicile clinice şi gravitatea (grevate încă de o importantă mortalitate) sînt în funcţie de: importanţa dispneei (particularităţile anatomice ale regiunii, supraadăugarea *spasmului*), *manifestările toxice şi septice* ale infecţiei provocatoare.

A. *Laringite banale*

(Provocate de virusurile rinofaringitelor, germenii rinofaringitelor şi complicaţiilor lor)

- Laringite *nedispneizante* — 1) laringita catarală acută
- Laringite *dispenizante*
  - laringiene pure
    - 2) laringita striduloasă (pseudocrupul)
    - 3) laringita edematoasă [laringita subglotică (crupul „gripal")]
  - interesînd şi căile respiratorii inferioare — 4) laringotraheobronşita malignă acută

B. *Laringite specifice*

În această grupă intră laringita difterică şi cea rujeolică.

1. TRATAMENTUL LARINGITEI CATARALE ACUTE

Este simpla reacţie congestivă a mucoasei laringiene (răguşeală, tuse iritativă, fără dispnee). Apare în cursul rinofaringitei acute, fiind mai curînd virotică (dacă apare în primele zile ale rinofaringitei) sau bacteriană (cînd se instalează în perioada complicaţiilor secundare).

Boala se poate opri la laringe sau coboară după 1—2 zile, transformîndu-se în traheobronşită acută.

Tratament. Tratamentul rinofaringitei (şi al traheobronşitei acute): repaus în casă, atmosferă umedă, inhalaţii cu ceai de muşeţel sau Romazulan, comprese calde pe regiunea prelaringiană, revulsie cu muştar pe faţa anterioară a toracelui, acid acetilsalicilic, codeină; la copii mari şi în primele ore ale bolii se recomandă împachetări (p. 30).

2. TRATAMENTUL LARINGITEI STRIDULOASE (PSEUDOCRUPUL)

Este o laringită catarală acută banală, complicată *noaptea* de un spasm laringian, repreprezentînd o manifestare alergică benignă şi *exclusiv nocturnă*; nu va fi confundată cu crupul gripal. Apare la copii mici (nu la sugari sub 6 luni), pe un teren diatezic favorabil.

Tratamentul de urgenţă: inhalaţii cu ceai de muşeţel sau Romazulan, comprese fierbinţi pe regiunea prelaringiană, cîteva picături de adrenalină

Scanned with OKEN Scanner

sol. 1‰ în fiecare nară; clorură de calciu *per os*, Fenobarbital i.m. și/sau codeină; medicul va liniști familia. În orele următoare, tratamentul rinofaringitei acute sau al adenoiditei.

Tratamentul ulterior: tratamentul diatezei exsudative; de cele mai multe ori este indicată adenoidectomia.

3. TRATAMENTUL CRUPULUI „GRIPAL" (LARINGITA ACUTĂ EDEMATOASĂ)

Localizarea subglotică a crupului „gripal" este atît de frecventă (80%), încît această laringită este numită și *laringita subglotică.*

Vîrsta predispusă: sugari peste 6 luni, copii între 1 și 3 ani. Este determinată îndeosebi de virusuri: virusurile *parainfluenzae* și *influenzae* A, adenovirusuri, rinovirusuri, virusul sinciţial respirator, virusul ECHO tip 11 și microbi (*H. influenzae*, tip B mai des incriminat).

Internarea imediată în spital și consult cu specialistul O.R.L.

Culturi din nas, faringe și laringe (în cursul endoscopiei) pentru germeni banali (medii speciale pentru b. difteric și *H. influenzae*). Laringoscopia directă elimină: corpul străin, crupul difteric, abscesul retrofaringian jos situat. Nu va fi confundată cu laringita striduloasă, al cărei tratament este banal, iar prognosticul excelent.

Laringita subglotică este o stenoză respiratorie acută foarte gravă, al cărei tratament în spital este o urgenţă.

Obiectivele terapeutice: restabilirea permeabilităţii respiratorii și lupta împotriva fenomenelor infecţioase. (M. Kreisel, *Revista Medico-Chirurgicală* Iași, 1966, nr. 3). Acestea se realizează prin:

— oxigen umidificat (uneori copilul se agită mai mult);

— aeroterapia este preferabilă atmosferei umede (alegere și durată după răspunsul subiectiv al bolnavului);

— *aspiraţia secreţiilor* din regiunea subglotică;

— aerosoli cu substanţe vasoconstrictorii: efedrină, Novodrin sau pulverizări locale cu sol. adrenalină 1‰ sub controlul laringoscopiei directe;

— aerosoli cu mucolitice (Tyloxapol);

— *cortizon parenteral* (hemisuccinatul de hidrocortizon i.v. sau Urbason sînt medicamentele de elecţie, în lipsa acestora Supercortizol i.m.). Corticoterapia provoacă o ameliorare imediată și importantă: „traheotomia nesîngerîndă";

— *antibiotice* în doze mari, deși etiologia este în parte virotică. Majoritatea specialiștilor preferă penicilina cristalizată (la început 2 000 000—3 000 000 u. /24 ore, cu ritmul la 3 ore). Unii autori recomandă ca în primele 24 de ore și la bolnavii foarte gravi să se administreze i.m. cîte 400 000—800 000 u. penicilină cristalizată la fiecare 2—3 ore, asociată cu streptomicină 0,03 g/24 ore, doza împărţită în 4 injecţii; alţii asociază doze importante de Cloramfenicol (hemisuccinat la început i.v., apoi i.m.). Puţini recomandă Rolitetraciclină i.v. Dat fiind participarea frecventă a *H. influenzae*, cea mai nimerită asociere iniţială este penicilină + cloramfenicol + streptomicină; după aceea, în funcţie de evoluţie și de rezultatele culturilor;

— *analeptice*, dacă ameninţă paralizia vasomotorilor (prin hipoxemie și agresiune virotică); cardiotonice, dacă ameninţă insuficienţa cardiacă;

Scanned with OKEN Scanner

— *hidratare largă:* alimente calde, lichide și semiconsistente, omogene în porții mici, dar în cantități importante în 24 de ore. Hidratarea insuficientă favorizează îngroșarea secrețiilor;

— sînt de obicei *interzise* (favorizează bronhoplegia și îngroașă secrețiile): *antispasticele, antihistaminicele și ganglioplegicele*; pot fi totuși folosite cu prudență și numai dacă laringoscopia a arătat o permeabilitate satisfăcătoare a căii respiratorii; de asemenea sînt interzise *sedativele, opiaceele* și *atropina*;

— *aspirația membranelor* prin laringoscopie directă poate evita intervenția chirurgicală.

— *traheotomia* este indicată dacă tratamentul descris este ineficace, dacă crește neliniștea și se agravează semnele de stenoză. Nu va fi hotărîtă prea repede, pentru că prognosticul crupului „gripal" traheotomizat este rezervat; nu trebuie nici amînată prea mult, pentru că crizele de asfixie determină leziuni anoxice și lezează ireversibil inima și circulația. Unii specialiști recomandă intubație în formele subglotice pure; aceasta este însă contraindicată în laringita vestibulară și în caz de participare traheobronșică.

Laringita vestibulară (epiglotita flegmonoasă sau edematoasă supraacută), este rară, aproximativ 10% din crupurile „gripale". Rolul *H. influenzae* pare important. Cortizonul și antibioticele arătate mai sus, traheotomia imediată sînt măsurile care pot stăpîni astăzi această boală, înainte letală.

4. TRATAMENTUL LARINGOTRAHEOBRONȘITEI MALIGNE ACUTE

Este una dintre cele mai grave afecțiuni ale copilului.

Deși etiologia este identică cu cea a crupului „gripal", evoluția este diferită și dominată de hipersecreția bronșică, uneori purulent-vîscoasă; alteori, secrețiile sînt mai mult crustoase. Inundația bronșică povoacă deseori moartea prin anoxie pulmonară supraacută, agravată de fenomene neurotoxice.

Pe lîngă tratamentul descris la crupul „gripal", se va proceda la *traheotomie* imediată, aspirație transcanulară a secrețiilor cu instilații de ser fiziologic, penicilină, vasoconstrictorii etc. Hidratare parenterală. Gluconat de calciu intravenos. *Sînt interzise antihistaminicele, ganglioplegicele, antispasticele, sedativele opiaceele și atropina.*

În formele traheobronșice pure (la copiii mari): aspirația transglotică a secrețiilor de 2—3 ori/zi poate evita traheotomia.

★

Acțiunile terapeutice imediate în obstacolele laringiene (modificat după J. C. Dalloz).

Laringita striduloasă. Comprese fierbinți, atmosferă umedă, cîteva picături de adrenalină 1‰ în fiecare nară, fenobarbital i.m.

Laringita subglotică (crupul „gripal"):

a) cu dispnee moderată: cortizon, antibiotice, hidratare largă (atmosferă umedă, oxigen — după preferințe și rezultate);

b) dacă copilul luptă, dar sînt semne de hipercapnie: traheotomie (sau intubație);

c) dacă copilul nu mai luptă (respirația este superficială, fața cenușie sau cianozată, pulsul nu se poate număra): traheotomie imediată.

Bănuiala de corp străin. Laringoscopie directă, extracție (sau traheotomie, dacă copilul este asfixic).

TRATAMENTUL DE URGENȚĂ AL INSUFICIENȚEI RESPIRATORII ACUTE

Ori de cîte ori este posibil, vom căuta să stabilim un *diagnostic exact* și să aplicăm o *terapeutică etiologică.*

Sediul obstrucției, cauzele, consecințele clinice (semnele respiratorii, circulatorii, nervoase, hipertermia) și biologice (creșterea PCO_2 și CO_2 total, scăderea pH, scăderea saturației HbO_2) pot fi explicate prin: anamneză (vîrstă, boli respiratorii anterioare, diateză exsudativă, ambianță epidemiologică, aspectul debutului, corp străin); examen clinic (observarea faciesului, respirației, tusei, vocii); examene bucofaringian, pulmonar, cardiac, neurologic; temperatură etc.; examenul laringelui; examenele radiologice impuse de caz; hemogramă, V.S.H., prelevări bacteriologice (b. difteric, *H. influenzae* etc.); pot fi necesare și dozarea CO_2, O_2 și pH sanguin, examenul funcției renale, ionogramă etc.

Starea gravă a bolnavului ne poate obliga să ne rezumăm, în primele momente, la un diagnostic sumar și o terapeutică simptomatică.

Insuficiența respiratorie acută poate fi provocată de (modificat după J. C. Dalloz):

A. **Obstacol laringian** (vezi mai sus).

B. **Obstrucție bronhopulmonară difuză.** Deficiența mușchilor respiratori sau a reflexului de tuse poate determina o aglomerare în arborele bronșic a secrețiilor fiziologice sau patologice (tulburarea se instalează de obicei progresiv). Secrețiile din rinofaringe sau vărsăturile, spălătura de stomac, prînzul baritat pot produce alteori, datorită lipsei reflexului de tuse, o inundare rapidă sau brutală a bronhiilor și alveolelor.

Reflexul de tuse este deficient, mai ales la sugarii din primele săptămîni de viață; alimentația cu biberonul favorizează și mai mult această embolie bronșică, ce poate determina moartea subită, asfixia acută sau bronhopneumonia de deglutiție.

Profilaxie. Nu vor fi alimentați pe gură copiii cu tulburări de deglutiție, cei care se trezesc după anestezia generală sau sînt în comă.

Administrarea mesei și mai ales supravegherea după alimentația cu biberonul vor fi deosebit de atente la nou-născuți și la sugarii de vîrstă mică, mai ales prematuri, la sugarii mici cu tendință la regurgitații mari sau vărsături, la cei cu tulburări respiratorii și insuficiența reflexului de tuse.

Sugarul care a primit un prînz baritat va fi ținut cîtva timp în poziție ridicată și va fi supravegheat permanent în primele 1—2 ore după ce a fost culcat în pat.

Orice copil cu tulburări de cunoștință va fi pus în poziție declivă.

Tratament (după cauză și acuitatea tulburărilor): — aspirație bucofaringiană; — drenaj de postură; — provocarea artificială a tusei, prin mici presiuni executate ritmic pe torace în momentul expirației; — cofeină; — bronhoaspirație, cînd o comă cu obstrucție bronșică pare să fie întreținută de anoxie; — intubație traheală; — traheotomie.

Oxigenul este eficace numai după dezobstruarea bronșică.

Scanned with OKEN Scanner

C. **Tulburări localizate și complete ale permeabilității bronșice.** Sînt provocate de *atelectazii*, pneumonii cu condensări parenchimatoase sau emfizem localizat.

Profilaxie. Schimbarea frecventă a posturii la sugarii cu boli respiratorii acute, deoarece atelectazia este favorizată de imobilitate. Hidratare largă, pentru că la copiii insuficient hidratați, secrețiile se îngroașă, nu pot fi evacuate și favorizează atelectazia.

Tratament: oxigenoterapie, bronhoaspirație, drenajul de postură indicat de localizarea atelectaziei, tratamentul cauzal.

D. **Lezarea musculaturii respiratorii.** Poliomielita îndeosebi, anumite poliradiculonevrite și polinevrite, paraliziile difterice etc. realizează acest tip de insuficiență respiratorie acută.

Respirația artificială, plămînul de oțel își găsesc indicația de elecție, dacă arborele bronșic nu este obstruat de secreții. Momentul intervenției este în funcție de întinderea paraliziilor și gradul hipoxiei-hipercapniei. Acest tratament va fi precedat de dezobstuarea arborelui bronșic și de tratamentul atelectaziei, cînd acestea complică leziunea primitivă nervoasă.

E. **Lezarea organică sau funcțională a centrilor reglatori din trunchiul cerebral.** Este determinată primar de poliomielită, encefalite sau intoxicația cu barbiturice sau acid acetilsalicilic.

Acești centri pot fi lezați secundar și prin hipercapnia prelungită, provocată de unul din sindroamele descrise pînă acum.

Plămînul de oțel dă rezultate bune cînd nu sînt tulburări de deglutiție.

Traheotomia, urmată de respirația asistată, se impune în prezența tulburărilor de deglutiție.

TRATAMENTUL TRAHEOBRONȘITEI BANALE ACUTE

Este o boală *frecventă*, secundară rinofaringitei sau unor infecții specifice, provocată aproape totdeauna de *virusuri*, aceiași care determină rinofaringita acută, căreia îi succede uneori atît de repede, încît pare o singură boală. Face parte din prodroamele rujeolei și poate apărea precoce în tusea convulsivă. *Germenii banali trebuie priviți ca invadatori secundari.*

Factori predispozanți: distrofia, rahitismul, infecțiile cronice ale căilor respiratorii superioare, factori de mediu, diateza exsudativă etc.

Cea mai ușoară traheobronșită poate să determine cu repeziciune o *bronhiolită* sau *bronhopneumonie* la (unii) sugari distrofici, rahitici, prematuri (la care se asociază distrofie, o importantă anemie și rahitism).

Diagnosticul diferențial se face cu astmul, tusea convulsivă, rujeola. Primul examen clinic nu poate totdeauna să excludă o pneumonopatie; este necesar un examen radiologic și un nou control clinic al sugarului în ziua următoare.

Tratament. Boala are de obicei tendința să se vindece în 8—10 zile; sugarii din categoriile periclitate vor fi atent urmăriți.

Copilul va fi ținut în pat cît timp are febră; activitate limitată în zilele următoare.

Scanned with OKEN Scanner

Baie zilnică.

Cura în aer liber dă rezultate excelente; în timpul anotimpului cald, patul va fi ţinut toată ziua la fereastra deschisă sau pe o terasă ferită de vînt. În timpul anotimpului rece, putem deschide fereastra camerei de 2—3 ori pe zi, cîte 1/2—1 oră; pentru menţinerea căldurii corpului, putem folosi pături suplimentare şi eventual termoforul.

Dacă nu se poate face cura în aer liber, camera va avea temperatura de numai 18—22°, va fi des aerisită, iar aerul va fi umidificat cît mai mult (cel puţin 50%).

Bronşita se prelungeşte şi se poate complica dacă copilul este ţinut într-o cameră supraîncălzită şi neaerisită; cînd temperatura este ridicată, aerul este totdeauna uscat.

Poziţia sugarului va fi schimbată des, pentru a evita pneumonia atelectazică; ei vor fi culcaţi alternativ cîte o oră pe fiecare parte şi chiar în decubit ventral, dacă respiraţia nu este împiedicată; pot să fie plimbaţi şi în braţe sau ţinuţi în braţe (la fereastra deschisă). Cînd sugarul stă în decubit dorsal, trunchiul va fi ţinut puţin ridicat cu ajutorul unui sul, cu capul şi umerii în uşoară hiperextensie.

Alimentaţie (vezi rinofaringita acută). Hidratare largă. Este necesar adaosul de vitamină A (5 000—10 000 u./zi) şi vitamina C (200—400 mg/zi).

Hidroterapia capătă importanţă dacă nu putem practica cura în aer liber.

Copiii mari beneficiază în prima zi a bolii de o împachetare (p. 30), care poate fi repetată şi în ziua următoare.

La copiii mai mari, care stau în pat, pot fi folositoare în cursul evoluţiei şi compresele toracice stropite cu apă la temperatura camerei şi cu puţin alcool; pot fi ţinute permanent şi schimbate în cursul zilei la fiecare 2 ore sau vor fi aplicate numai de 3 ori/zi, timp de cîte 2 ore.

La sugarii mari şi preşcolarii hipotrofici, este preferabilă (dacă febra nu este mare) baia la 37—38°, pe care o încălzim treptat pînă la 40°; durata este de 5—10 minute. La sfîrşit, cîteva scurte stropiri pe ceafă, spate şi piept cu apă de 28°.

Evoluţia bronşitei şi tusea sînt influenţate favorabil de măsurile descrise mai sus. Medicamentele care se adresează tusei au un rol modest,uneori poate dăunător. Tusea trebuie privită ca un reflex favorabil, în măsura în care tusea uscată nu este atît de frecventă, încît să obosească copilul, să-i tulbure somnul. Inhalaţiile cu ceai cald de tei sau muşeţel împiedică uscarea secreţiilor şi le favorizează evacuarea; la copii peste 5 ani se poate adăuga şi Inhalant.

Tusea uscată şi obositoare poate fi combătută cu Calmotusin; derivaţi morfinei (codeina, dionina, Tusan) pot fi folosiţi cu prudenţă şi numai la copii peste 1—2 ani, numai seara, pentru a favoriza repausul de noapte şi pentru o scurtă perioadă de 2—3 seri. Codeina poate fi administrată în soluţie *Rp.* Codeină fosforică 0,05 g, Apă distilată 80 g, *Sirupus althaeae* sau *simplex* 20 g. 1 linguriţă = 0,0025 g codeină fosforică. D. S. seara la culcare, 1 linguriţă pentru un copil de 3 ani sau sub formă de Codenal. La copiii peste 5 ani poate fi folositor Tusan.

Scanned with OKEN Scanner

Contra tusei uscate și obositoare putem deci recomanda unul din următoarele medicamente (în ordinea preferinței): — Calmotusin — copii 6 luni—15 ani; Trecid — copii 5—15 ani; Tusan — copiii 5—15 ani; — codeină fosforică — copii (1)—2—15 ani; — Codenal — copii 3—15 ani; — Tablete expectorante — copii 5—15 ani; — Sirogal; — Tusomag — copii 2—15 ani.

Preferăm Calmotusin, care nu este derivat al morfinei, nu are tendința să deprime centrul respirator și poate fi administrat în tot cursul zilei. Cu celelalte medicamente vom fi rezervați la copii mici, pentru că sînt derivate ale morfinei (codeină, Tusan) sau conțin codeină în formulă; administrarea lor va fi oprită dacă provoacă somnolență. Administrarea narcoticelor (derivatele morfinei) este în general proscrisă la copii sub 5 ani.

Pentru bronșita în faza de coctiune s-au recomandat în trecut multe medicamente. Acțiunea lor este de cele mai multe ori nulă; „siropurile de tuse" alterează uneori și apetitul. Dacă cura în aer liber și/sau hidroterapia nu influențează hotărîtor bronșita, putem prescrie (psihoterapie în parte) și medicamente ca licoarea amoniacală anisată sau clorura de amoniu sau *sirupus althaeae* sau infuzie *rad. primulae.*

Rp. Infuzie *rad. ipec.* 0,80/80 g (sau infuzie *rad. primulae* 2/80 g), *Liq. ammonium anis.* 0,75 g, *Sir. althaeae* 20 g. D.S. de 5 ori/zi, la 2—3 ore cîte o linguriță (II) sau cîte 2 linguriță (III); se alterează repede.

Sau *Rp. Ammon. chlorati* 2 g (II) sau 3—5 g (III), *Aqua destill. ad* 100 g. D.S. de 5 ori/zi cîte o linguriță, la 2—3 ore.

La copii peste 5 ani se poate recomanda Trecid.

Putem favoriza fluidificarea tusei uscate cu iodură de potasiu.

Sugarii sînt de obicei anorexici și siropurile le alterează și mai mult apetitul, favorizînd uneori și diareea; de aceea nu vom recomanda siropuri de tuse sub vîrsta de 1—1 1/2 ani. Cel mult putem prescrie licoarea amoniacală anisată; reamintim că și aceasta poate provoca, nu rareori, tulburări dispeptice la sugari și copii mici.

Cel mai bun fluidifiant al secrețiilor sînt lichidele administrate din belșug între mese.

Derivații morfinei (codeina, dionina, nascopina) și specialitățile care le conțin (Codenal, Sirogal, Tablete expectorante, Tablete contra tusei pentru copii, Tusan, Tusomag) nu pot fi administrate în faza de coctiune a bronșitei.

Tusea productivă trebuie în principiu respectată.

Injecțiile cu Pneumosept reprezintă o medicație depășită, iar toleranța locală este nesatisfăcătoare la copii mici. Atropina și beladona sînt contraindicate în tot cursul bronșitei, pentru că usucă secrețiile bronșice, ceea ce le îngreuiază eliminarea. Reamintim că antihistaminicele îngroașă și usucă de asemenea secrețiile, deci nu vor fi folosite.

Acid acetilsalicilic împotriva febrei.

Antibioticele nu sînt indicate. La copii preșcolari se poate pune problema administrării sulfamidelor (Neoxazol, Dulana) sau a penicilinei (sub formă de Efitard), după faza inițială virotică, cînd se prelungesc evoluția și/sau starea subfebrilă.

La sugarii mari poate fi discutată indicația Neoxazolului sau a penicilinei cristalizate, dacă starea generală nu se ameliorează după 4—5 zile

Scanned with OKEN Scanner

de evoluție a traheobronșitei, dacă apar raluri subcrepitante groase la auscultație și/sau leucocitoza depășește 10 000 leucocite/mm³. Este necesar și un examen radiologic pulmonar. Tratamentul traheobronșitei banale acute va fi continuat pînă la deplina vindecare a bolii.

Profilaxia este comună cu a rinofaringitei acute; vizează și tratarea la timp a focarelor infecțioase, ca vegetațiile adenoide și sinuzitele.

Bronșita spastică este o traheobronșită obișnuită, la care se adaugă un bronhospasm, datorită *vîrstei* (sub 2 ani), terenului și mai ales *virusurilor*.

Diagnostic diferențial cu bronșiolita, bronhopneumopatiile cu bronhospasm și astmul.

În această ultimă privință, precizăm că la copii sub 2 ani și în cadrul unei etiologii net infecțioase, bronșita spastică este *de obicei* o bronșită, obișnuită, însoțită de bronhospasm; la puțini dintre acești copii (factorii constituționali mai ales), boala se va manifesta mai tîrziu ca un astm. Atît la vîrstele mici, cît mai ales peste 2 ani, cînd etiologia este neclară sau neinfecțioasă — și în condițiile unei repetări frecvente a bolii — diagnosticul corect este mai curînd acela de astm, ale cărui crize apar pentru moment sub forma clinică a acestei bronșite astmatiforme (poate alterna cu criza acută de astm și cu tusea astmatică).

La tratamentul traheobronșitei banale acute, arătat mai sus, se va asocia efedrină (I—III), aminofilină (II—III); dacă etiologia este infecțioasă, rezultatele sînt mai puțin evidente decît în astm.

TRATAMENTUL BRONȘITELOR RECIDIVANTE ȘI CRONICE

Nu este o identitate între bronșita cronică a adulților și cea a copiilor.

La copii sînt bronșite „banale", care se prelungesc săptămîni de-a rîndul (pneumonie virotică?). Altele recidivează de 3—4 ori în cursul anotimpului rece; ele pot fi explicate uneori printr-o predispoziție familială (?), greșeli de mediu, diateză exsudativă în antecedente, pneumonopatii sau tuse convulsivă. Dar o cercetare atentă a bolnavului poate impune diagnosticul de *vegetații adenoide, sinuzită (sinobronșită), astm*, tuberculoză, bronșiectazie, mucoviscidoză, hipogammaglobulienemie, corpi străini, insuficiență miocardică cronică, bronșită cronică prin pulberi industriale, praf, emanații toxice etc.

Tratament. în funcție de cauză.

TRATAMENTUL BRONȘIECTAZIILOR

Infecția și obstrucția bronșică sînt factorii determinanți; prelungirea și repetarea lor provoacă și agravează bronșiectazia. Mucoviscidoza, corpii străini, tuberculoza etc. pot avea un rol favorizant sau determinant. Recunoașterea formelor incipiente și ușoare, ca și tratamentul lor precoce și corespunzător pot ameliora prognosticul și evita agravarea bolii. Dilatațiile cilindrice răspund de obicei favorabil la tratamentul medical (desigur și în funcție de etiologie).

Scanned with OKEN Scanner

Boala este mai rară în ultimele două decenii, probabil datorită tratamentului infecţiilor acute cu agenţi antibacterieni şi vaccinări împotriva tusei convulsive.

Tratamentul medical al stadiului activ. Internare în spital bine utilat.

Înlăturarea secreţiilor. Drenaj postural adaptat topografiei regiunii afectate: 10—30 minute 2—4 ori/zi asociat cu respiraţii profunde, cu tuse provocată şi puternică. Dacă nu este suficient, se vor asocia inhalaţii cu vapori de apă prin aparatul de aerosoli.

În prezenţa unui bronhospasm evident: inhalaţii cu Novodrin diluat cu ser fiziologic. Bronhodilatatori adjuvanţi sînt şi efedrina *(per os)* şi aminofilina *(per os,* rectal*)*. Expectorantele nu sînt eficace.

Tratamentul antibacterian. Tratamentul antibacterian va fi instituit precoce, va fi intens şi de lungă durată (2—3 săptămîni). Ţinînd seama că fiecare episod acut poate fi provocat de alt microorganism sau altă asociere, se va preleva sputa[1] înainte de tratament pentru examen citobacteriologic, culturi şi antibiogramă. *Datele clinice, evoluţia sub tratament* pot fi tot atît de importante (sau chiar mai importante) ca datele bacteriologice. Tetraciclina era considerată pînă de curînd ca cel mai eficace tratament „de rutină" al momentelor acute infecţioase. Ampicilina pare să-i fie superioară (deopotrivă de activă asupra pneumococilor şi *H. influenzae* — germenii cei mai frecvent responsabili de aceste acutizări, fiind şi bactericidă şi mai bine tolerată).

Particularităţile florei bacteriene din mucoviscidoză impun un tratament ţintit, energic şi prelungit.

Tratamentul ulterior. Alimentaţie echilibrată, bogată în proteine, legume, fructe şi alimente care conţin vitamină A. Se va continua drenajul postural; se va asocia cu gimnastică respiratorie.

Cure climatice la altitudine medie, în locuri uscate şi ferite de vînt.

Sinuzitele, tuberculoza, corpii străini, vegetaţiile adenoide pot provoca, întreţine şi agrava o bronşiectazie.

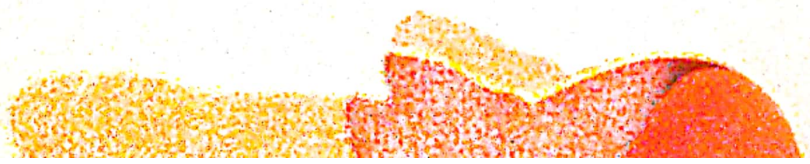
Profilaxia continuă cu antibiotice este o problemă dezbătută.

Tratamentul chirurgical. Explorarea completă a bolnavilor într-o clinică universitară sau o instituţie mare de ftiziologie-pneumonologie poate decide intervenţia chirurgicală a anumitor bronşiectazii.

Profilaxie. Prevenirea poate fi realizată prin diagnosticul şi tratamentul corect al infecţiilor pulmonare acute, al atelectaziilor şi al acelor forme de astm cu obstrucţie bronşiolară recidivantă sau cronică şi cu secreţii abundente care stagnează în arborele bronşic inferior.

După o cercetare extinsă pe 20 de ani (1940—1960), s-a ajuns la concluzia că infecţia (pneumonopatii, tuse convulsivă, pojar, tuberculoză, astm) provoacă 70% din bronşiectazii, aspiraţia (corpi străini, sînge, alimente) 15% şi anomaliile congenitale sau ereditatea 15% excluzînd mucoviscidoza).

[1] Se va recolta din mai multe zone ale sputei purulente; astfel, se obţine o imagine mai fidelă a florei bacteriene respective.



Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL PNEUMONOPATIILOR ACUTE

Urgența instituirii tratamentului și dificultățile de încadrare exactă (etiologie și localizare precisă) ne impun de multe ori să ne mulțumim — cel puțin la început — cu un diagnostic clinicoradiologic. De aceea considerăm că terapeutica nu se poate rezuma la o prezentare pe baze etiologice și expunem tratamentul pneumonopatiilor atît după criterii clinicoradiologice, cît și etiologice.

Pneumonia francă, lobară, acută și bronhopneumoniile bacteriene sînt mai rare. Etiologia virotică a fost dovedită pentru multe infecții pulmonare acute; *Mycoplasma pneumoniae* explică 10 (30%) din pneumoniile copilului (este probabil mai rar la sugari și mai frecvent la copii mari).

Originea ornitozică a fost de asemenea identificată (pînă la 9% din pneumonopatiile acute ale copiilor mai mari).

Marea majoritate a infecțiilor bronșiolare și pulmonare acute ale sugarului și copilului mic sînt determinate în prezent de *virusuri* (unele identificate) și de *Mycoplasma pneumoniae*, iar *bacteriile sînt de obicei invadatori secundari*. Se realizează deci de multe ori *bronhopneumopatii virobacteriene*, al căror tratament va fi mai curînd acela al bronhopneumoniei sau al pneumoniei interstițiale, după cum sugerează sinteza clinică, radiologică și a examenelor paraclinice. Pneumonia stafilococică face excepție și se deosebește net de celelalte pneumopatii acute.

TRATAMENTUL INFECȚIILOR BRONHOPULMONARE

Infecțiile bronhopulmonare continuă să reprezinte unul din marile capitole ale patologiei infantile atît ca *frecvență generală*, cît și ca *gravitate la copii de primă vîrstă* (aproximativ 1/3 din decesele sugarilor se datoresc, în țara noastră, pneumonopatiilor acute). Există încă dificultăți privind terapeutica corectă și aprecierea eficienței ei, pentru că: 1) o bună parte sînt de fapt infecții ale căilor respiratorii superioare, care se extind în căile inferioare și plămîni; 2) limitele anatomice (laringe, trahee, bronhii, bronhiole, parenchim) sînt uneori artificiale și/sau lesne depășite, pentru că boala evoluează („coboară") foarte repede; 3) lipsesc statistici privind frecvența actuală a diferitelor entități nosologice; 4) agentul etiologic nu poate fi identificat de cele mai multe ori (sau prea tîrziu).

Vîrsta, prematuritatea și gradul ei, distrofia, rahitismul, anemia, constituția (diateza exsudativă, hidrolabilitatea), sensibilizările anterioare, agentul etiologic determină caracterul atît de diferit al pneumonopatiilor la sugari.

Diagnosticul precoce, corect și instituirea promptă a terapeuticii indicate la bolnavul respectiv *scurtează boala*, reduc frecvența complicațiilor și scad la minimum mortalitatea acestor infecții.

Diagnosticul este conturat de anamneză (noțiunea de epidemie, contagiune în colectivitatea de copii sau în familie — gripă sau alte viroze epidemice, tuse convulsivă, pojar), istoricul bolii, examenul copilului (aspect, simptome funcționale și fizice respiratorii, celelalte aparate). Vor fi cerute (pot fi obținute imediat sau în timp) examene citobacteriologice, culturi

Scanned with OKEN Scanner

(microbi, ciuperci), antibiograma pentru sputa din căile respiratorii inferioare [1] obținută prin tuse, pentru exsudatul pleural și pentru puroiul din abcesele pulmonare; izolarea directă a virusurilor; reacții serologice pentru viroze; examen radioscopic și/sau radiografic toracic; V.S.H.; dozarea hemoglobinei și leucograma; examenul urinii; examen auricular ; reacția la tuberculină etc.

TRATAMENTUL BRONHOPNEUMONIILOR

Deși particularitățile morfofuncționale ale sugarului și etiologia variată pot necesita atitudini terapeutice diferite, terapeutica bronhopneumoniilor poate fi prezentată totuși unitar, rămînînd ca unele particularități să fie descrise în capitolele respective.

Tratamentul bronhopneumoniilor reprezintă o *urgență medicală*; el trebuie instituit cît mai *precoce*, va fi energic, complex și *individualizat* după forma bolii, vîrstă, starea de nutriție etc.; el se va adresa întregului organism. Datorită antibioticelor, infecția poate fi combătută *etiotrop*. Celelalte măsuri urmăresc ameliorarea schimburilor gazoase la nivelul plămînilor, prevenirea și combaterea dereglărilor mecanismelor neuroreglatoare, cu o deosebită atenție pentru *aparatul cardiovascular*.

Conduita generală. Sugarul are nevoie de *izolare* pentru a nu infecta alt sugar, pentru a nu fi suprainfectat și pentru a avea liniște.

Camera. În spital preferăm — bineînțeles — boxa individuală. Acasă (dacă copilul nu poate fi internat), o cameră liniștită, luminoasă și mobilată cît mai simplu, fără perdele și covoare. Cît mai puțini adulți în camera micului bolnav.

Dacă la spital nu putem avea boxă individuală, grupăm copiii cu bronhopneumonie în saloane cît mai mici, de 3—4 paturi. Cazurile noi sînt plasate în aceeași cameră, pînă ce se completează paturile. Copiii rămîn în ea pînă la părăsirea spitalului. Dacă o parte din bolnavi părăsesc spitalul mai devreme, este bine ca bolnavii din două saloane de convalescenți să fie comasați într-unul singur, ca să avem din nou liberă o cameră pentru bolnavii noi. Lipsa boxelor individuale este satisfăcător compensată de această internare diferențiată, în funcție de „vîrsta bolii". După fiecare serie de bolnavi, camera va fi curățită, spălată și dezinfectată.

Temperatura camerei se menține la 18—20—22°; ea va fi aerisită de 5—6 ori pe zi sau rămîne cu fereastra permanent deschisă, dacă temperatura exterioară permite. Umezirea atmosferei, necesară oriunde, este foarte importantă în încăperile cu încălzire centrală; pe calorifere se pun vase poroase, tăvi cu apă, prosoape sau cearșafuri ude.

Odihna. Copilului trebuie să i se asigure o ambianță calmă; odihna este extrem de importantă; personalul mediu va grupa manevrele terapeutice pe cît posibil încît să nu obosească copilul și să-i cruțe somnul. Baia poate fi făcută cu 1/2—1 oră înaintea unei mese.

Poziția copilului. Așezăm bolnavul cu trunchiul puțin ridicat, cu toracele bine sprijinit; datorită unui sul, umerii vor fi puțin proiectați înapoi și capul în ușoară hiperextensie. Poziția trebuie schimbată la fiecare 1—2 ore;

[1] Populația bacteriană identificată prin culturi din căile respiratorii superioare poate să nu corespundă, calitativ sau cantitativ, cu aceea din arborele traheobronșic.

Scanned with OKEN Scanner

așezăm sugarul în ușor decubit drept sau stîng, pentru a facilita evacuarea secreţiilor din arborele respirator şi a preveni atelectaziile.

Aeroterapia. A ocupat altădată primul plan în terapeutica bronhopneumoniilor. Astăzi sînt pe primul lor antibioticele, aeroterapia ocupînd un loc secund, dar nu unul secundar.

Copilul va fi ţinut pe balcon sau pe o terasă ferită de curenţi şi orientată spre sud sau într-o cameră încălzită, patul fiind aşezat la fereastra deschisă. Sugarul poate fi plimbat în aer liber, ţinut în braţe în poziţie aproape verticală, cu capul ușor lăsat pe spate; efectele „aerului în mişcare" sînt superioare.

Sugarul poate fi ţinut afară:

— în tot cursul zilei;

— zi şi noapte în secţii speciale;

— în cicluri de 6 ore afară şi 6 ore înăuntru;

— 4—5 ore, în pat sau în braţe; după aceea, într-o cameră cu atmosferă foarte umedă;

— după unii autori, este suficient ciclul de 3 ore afară şi 3 ore înăuntru.

Prin urmare: aer proaspăt, răcoros, umed, combinat cu plimbarea.

Variaţiile locale ale climei nu au importanţă, sînt însă unele restricţii:

— temperatura exterioară sub 0°, deşi se pot face şi excepţii: Dobrohotova a obţinut rezultate excelente în tusea convulsivă cu „aerul rece";

— umezeala exagerată, ceaţa;

— vîntul puternic, dacă veranda nu este bine protejată.

Acţiunea asupra aparatului respirator şi nervos. Aerul acţionează datorită reflexelor plecate din căile respiratorii superioare: efecte dilatatorii asupra musculaturii bronşice şi vasoconstrictorii asupra mucoasei hiperemiate. Aerul de afară scade hiperemia acestor mucoase, combate lipsa de oxigen produsă de focarele hepatizate şi de febră; sugarul se calmează, îi dispar setea de aer şi neliniştea. De cele mai multe ori adoarme curînd un somn liniştit.

Acţiunea asupra aparatului cardiovascular. Focarele de hepatizare împiedică hematoza şi micşorează suprafaţa de oxigenare. Se admite că — toţi ceilalţi factori fiind egali — întinderea suprafeţei de schimburi gazoase este cea care determină sindromul asfixic al unei bronhopneumonii. Această micşorare a suprafeţei de oxigenare determină stază în mica circulaţie şi supraîncarcă inima deja lezată de toxinele microbiene. Febra produce, pe de altă parte, o creştere a nevoii de oxigen; schimburile au loc pe o suprafaţă respiratorie redusă, în care există şi stază. Pe de altă parte, polipneea nu compensează aceste insuficienţe, mişcările respiratorii fiind superficiale şi uneori dezordonate.

Înregistrăm deci o micşorare a suprafeţei de oxigenare şi stază în mica circulaţie, la care se adaugă, ca factori defavorabili adjuvanţi, febra şi polipneea. Organismul sugarului luptă numai prin accelerarea ritmului respirator şi cardiac, ceea ce amplifică cercul vicios. Sugarului adus la aer îi scade cianoza buzelor, îi dispar bătăile aripilor nasului şi i se împuţinează ralurile subcrepitante, datorită ameliorării condiţiilor circulatorii din mica circulaţie. Aceeaşi diminuare a ralurilor se remarcă şi după administrarea digitalei sau strofantinei — o dovadă în plus că o parte din raluri nu sînt condiţionate de infiltraţia pneumonică.

Scanned with OKEN Scanner

Acțiunea asupra pielii. Aerul rece acționează și asupra pielii descoperite, exercitînd o revulsie și trimițînd din nou sîngele în circuit, în cazul că era îngrămădit în piele. Temperatura obrajilor scade astfel la 28—29°, cianoza diminuează.

Indicațiile curei și plimbării în aer liber: 1) indicația principală în bronhopneumonie — formele pseudolobare, paravertebrale și de tranziție; 2) răspund foarte bine și bronhopneumoniile secundare, de exemplu cele din tusea convulsivă și pojar (în cazul ultimei, după 1—3 zile de la debut); 3) rezultate excelente se înregistrează în infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare (în afară de otită și laringită) și în tusea convulsivă din prima copilărie.

Contraindicații: 1) bronhopneumonia forma diseminată sau toxicoseptică: 2) tipul cenușiu și alb al bronhopneumoniilor (tipul roșu reacționează în schimb foarte bine); 3) complicații pleurale, pielorenale, otice și dispepsii toxice; 4) sugarii cu tetanie; 5) sugarii din primele 1—2 luni de viață.

Rezultatele sînt excelente, similare celor din cortul de oxigen.

Oxigenoterapia este o măsură terapeutică ce poate salva viața micului bolnav; ea reprezintă tratamentul major al sindromului de hipoxie-hipercapnie.

Indicații. Oxigenoterapia se impune ori de cîte ori o dispnee intensă, cu sau fără cianoză, determină un sindrom de hipoxie-hipercapnie: în pneumonopatii acute grave, în bronșiolită, în pneumotoraxul spontan, în obstrucțiile localizate, cum sînt atelectaziile. Metoda va fi folosită în celelalte cazuri de hipoxie acută (sindroamele A/B/D/E) (pag. 42) numai ca un adjuvant al altor terapeutici, pentru că oxigenul singur este insuficient și periculos cu timpul. Utilizarea precoce a oxigenoterapiei reprezintă cea mai bună profilaxie a agitației și a lipsei de somn; ne scutește și de sedative, cu care trebuie să fim totdeauna zgîrciți la sugarul de vîrstă fragedă.

Contraindicații. Ori de cîte ori ne temem de acțiunea depresoare a oxigenului asupra centrilor respiratori, deci ori de cîte ori există o scădere a excitabilității acestor centri; CO_2 este excitantul lor principal. Această tulburare centrală poate fi primitivă (formele bulbare ale poliomielitei; intoxicațiile cu barbiturice, morfină, fenotiazine; tumorile cerebrale) sau secundară unei hipercapnii cronice (pneumonopatii cronice, mucoviscidoză). Oxigenul sub cort este de asemenea contraindicat în prezența sau iminența convulsiilor.

Incidente. Unii sugari se agită, țipă, au mișcări dezordonate în cort; aceste tulburări sînt determinate de obicei de debitul exagerat al oxigenului. Scădem debitul sau înlocuim oxigenoterapia cu aeroterapie. Unii nou-născuți sau prematuri nu tolerează cortul de oxigen; unii sugari sau copii mai mari se sperie sub cort. În aceste cazuri folosim fie oxigenul intranazal sau intrabucal, fie aeroterapia indirectă: copilul în cameră, cu fereastra larg deschisă; rezultatele sînt de obicei bune și starea se ameliorează, fără să mai apară agitația din cort.

Tehnica. Cortul de oxigen este forma cea mai eficace. În lipsa lui sau în cazul sugarilor sau copiilor mai mari, care se sperie și nu pot fi ținuți sub cort, se poate folosi și calea intranazală; sursa de oxigen este pusă în legătură cu 2 sonde Nélaton subțiri nr. 10—12, care sînt dirijate prin nări pînă în rinofaringe și pe care le fixăm pe pielea obrazului cu leucoplast. Cu acest

Scanned with OKEN Scanner

procedeu nu se realizează decît o îmbogățire a aerului cu 10% O_2 și proiectarea brutală a oxigenului irită mucoasa.

Sonda îndoită cu ajutorul unui fir metalic poate fi introdusă și în gură, fiind fixată pe pielea obrazului cu leucoplast (M. Minculescu, *Pediatria*, 1967, nr. 1).

Administrarea oxigenului sub cort. Sugarul va fi înfășat cu îmbrăcăminte caldă și moale, care să nu-l strîngă, cu bonetă de lînă pe cap; va fi așezat în pat într-o poziție mai ridicată. I se va da alimentația sau lichidele înainte de a fi introdus în cort. Patul va fi încălzit cu sticle calde sau termofoare.

Oxigenul are tendința de a usca mucoasele respiratorii, iar aerul din cort tinde să se încălzească excesiv, de aceea trebuie răcorit cu ajutorul gheței și umidificat. Temperatura mijlocie permisă în cort este de 20—24°; va fi controlată des, cu ajutorul termometrului din cort. Vom avea grijă ca temperatura să nu se urce peste 24°, din cauza căldurii excesive și a transpirației, care tulbură bolnavul. La copiii mai mari nu se va depăși 20°; formele hiperpiretice beneficiază de o temperatură joasă, de aceea adăugăm mai multă gheață în rezervorul de apă. La prematurii cu hipotermie, temperatura din cort trebuie să fie mai ridicată, de aceea umplem rezervorul cu apă caldă de 32—35°. Debitul de oxigen este de 2 1/2—3 litri/min. pentru prematurii și sugarii de 1—2 luni; minimum 4 litri și maximum 6 litri/min. în cazul sugarilor mai mari (12—14 litri/min. cînd introducem un copil sub cort). Dacă calculăm concentrația oxigenului sub cort, sugarii beneficiază optim de concentrațiile de 38—50% O_2; concentrațiile de peste 50% au fost părăsite. Cortul este prevăzut cu un dispozitiv care permite nebulizarea de antibiotice sau de bronhodilatatorii.

Sugarii sînt ținuți la început permanent sub cort; putem diminua progresiv durata oxigenoterapiei după ce s-a obținut o amendare durabilă a fenomenelor care au necesitat oxigenoterapie. Se începe cu 30 minute sub cort și 30 minute afară, se urcă treptat la 30 minute sub cort și 90 minute afară din cort, în funcție de toleranța sugarului. Putem alterna cu folos oxigenoterapia sub cort și aeroterapia pe terasă sau lîngă fereastra larg deschisă. Ritmul și durata tratamentului nu pot fi determinate dinainte, fiecare caz avînd particularitățile sale.

Deoarece se pot produce accidente grave, reamintim că nu trebuie mînuită nici o parte componentă a instalației dacă mîinile sînt unse cu vreun corp gras. Explozii pot fi provocate de apropierea cu o țigară aprinsă, flacără sau scurtcircuit electric.

Alimentația. Trebuie privită de la început ca o parte importantă a tratamentului. Sugarul bolnav de bronhopneumonie are multiple insuficiențe funcționale: respiratorie, circulatorie, digestivă, hepatică, renală; de aceea, prescrierea regimului alimentar cere o apreciere justă a tuturor acestor factori prezenți.

De cele mai multe ori, sugarul este anorexic; nu trebuie să-l silim să mănînce mai mult decît poate. Rația zilnică se poate fragmenta timp de cîteva zile în mese mai mici și mai dese (de exemplu, 7 mese a 130 ml la 3 ore, în loc de 5 mese a 200 ml la 4 ore). Vom acorda toată atenția rației de lichide și aportului minim de calorii sub forma cea mai simplă de glucide. Febra, polipneea, transpirația, vărsăturile și diareea exagerează pierderile de lichide, de aceea vom asigura recuperarea pierderilor asigurînd sugarului o medie de 180—200

Scanned with OKEN Scanner

ml lichide/kg/24 ore. La majoritatea bolnavilor prescriem în primele zile un regim de cruțare, la care se adaugă zilnic vitamină C 100—400 mg/zi (parenteral în primele 1—2 zile), în funcție de vîrstă. Spre sfîrșitul bolii, dacă funcțiile digestive sînt normale se adaugă treptat zeamă de fructe, în funcție de vîrsta copilului la început diluată, apoi pură, îndulcită cu zahăr.

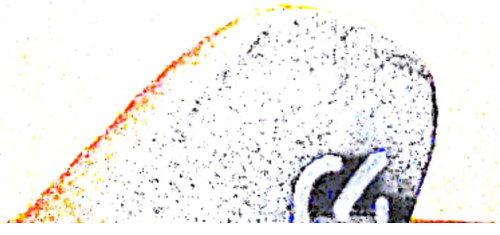
Regimul alimentar în prima zi a internării. Disfuncțiile sînt acum maxime, sugarul este anorexic, ușor deshidratat; uneori varsă. Pentru că anamneza nu este totdeauna clară și pînă ce vedem primele scaune, se poate începe cu cîteva ore de dietă hidrică: apă sau ceai de plante, îndulcite cu glucoză 5% sau zahăr 5—7%. Lichidele se calculează ca pentru 200 ml/kg/24 ore; la sugarul de 5 kg se prevede, de exemplu, 500 ml lichide în decursul primelor 12 ore; acestea se administrează cîte 50 ml la 1/2—1 oră sau 100—150 ml la 2—3 ore. La sugarul alimentat natural sau mixt, durata dietei poate fi scurtă de 3 ore; la cel alimentat artificial 6 ore. Uneori poate fi necesară alimentația cu sonda.

Alimentația în cursul bolii. 1. *În alimentația naturală* sugarul va fi lăsat la sîn la intervale relativ regulate, reglîndu-și singur cantitatea de lapte; dacă nu are putere să tragă sau dacă se cianozează în timpul suptului, laptele de femeie se dă stors, cu linguriță. Timp de 1—2 zile — dacă nu poate suge mai mult — sugarul poate fi lăsat la rația de întreținere (echivalentul a 70—80 calorii/kg/24 ore). În zilele următoare se completează însă cu lapte muls pînă la rația de creștere (100—120 calorii/kg/24 ore). În tot timpul trebuie acoperite necesitățile sporite de lichide cu ceai sau apă zaharată (ca mai sus). Dacă mama are lapte suficient și sugarul (peste 3 luni) a început să crească, spre sfîrșitul bolii se poate adăuga 1 linguriță de brînză de vaci pe zi, pentru a restabili procesele plastice în organism. Brînza se diluează cu cîteva linguriță de lapte de femeie sau mucilagiu de orez.

2. *În alimentația mixtă*, suptul se completează cu un lapte acid, ca laptele acidulat, *babeurre*, lapte calcic etc.

3. *În alimentația artificială.* a) La sugarul sub 3—4 luni și în primele 3—5 zile de boală recomandăm lapte de femeie, singur sau asociat cu *babeurre*, Eledon, Kaukasan „cu grăsime", îmbogățite cu 1—2% Zeamil sau făină și 5% zahăr, sau cu lapte acidulat 2/3 (1/3 din rația zilnică lapte de femeie și 2/3 *babeurre* sau lapte acidifiat). În primele 2—3 zile se prescrie cel puțin rația alimentară de întreținere (70—100 calorii/kg/24 ore), completîndu-se lichidele necesare pînă la 150—180—200 ml/kg/24 ore cu ceai, fără să depășim un total de 1—1,200 litri/24 ore. Dacă se constată că sugarul mănîncă bine, i se poate da de la început întreaga rație, respectînd însă prescripțiile calitative. Recomandăm în general un lapte acidifiat și parțial smîntînit: *babeurre*, Eledon, Kaukasan „cu grăsime", lapte praf parțial smîntînit Lacto și acidifiat, lapte acidulat 2/3, lapte calcic 2/3. Din a 4-a—a 5-a zi devine obligatorie administrarea unei rații alimentare favorabile unei creșteri normale.

b) La sugarii peste 4—5 luni recomandăm temporar lapte acidulat 3/4 sau integral, sau lapte praf parțial smîntînit Lacto și o reducere temporară a legumelor și a fructelor, care conțin multă celuloză nedigerabilă (supă de legume cu griș în locul pireului și kissel de mere în locul merelor rase). Din



a 3-a—a 4-a zi se poate reintroduce grișul cu lapte și treptat pireul cu unt și lapte, merele rase.

c) La copilul peste un an avem grijă, în primul rînd, de aportul de lichide și glucide: în primele 1—2 zile apă, ceai, zeamă de compot, suc de fructe diluat, îndulcite 5—10% cu zahăr sau glucoză, supă de legume cu griș 7—10%, fructele zdrobite din compot, kissel, mere rase, 200—300 g iaurt pe zi. Imediat ce copilul vrea să mănînce, i se prescriu 400—500 ml/zi lapte (cu surogat de cafea sau griș, iaurt), supă de legume cu paste făinoase, pîine albă prăjită, pireuri de legume cu unt și lapte, gălbenuș de ou, fructe (zeamă de mere, de lămîie diluată, mere rase, kissel, compoturi). După aceea se vor introduce brînza de vaci, carnea etc.

Dispepsia secundară. Se tratează energic afecțiunea pulmonară de care este dependentă tulburarea acută digestivă. Se tratează și dispepsia, ținînd seama de vîrstă, alimentația copilului și forma dispepsiei. Chiar la sugari alimentați artificial, căutăm ca o parte din rație să fie reprezentată prin lapte de femeie.

a) *Formele ușoare* (1—2 vărsături, cîteva scaune grunjoase, semilichide).

La sugari alimentați natural, se reglementează supturile, păstrîndu-se intervalul de 3—4 ore între ele.

Se pot suprima 1—2 supturi, înlocuindu-le cu cantitatea necesară de supă de morcovi sau Arobon sau se completează supturile cu supă de morcovi sau Arobon.

În alimentația artificială: după o scurtă dietă de 6 ore cu supă de morcovi, Arobon, mucilagiu de orez (sau ceai — dacă vărsăturile nu permit încă introducerea supei de morcovi sau a Arobonului), se reia treptat alimentația cu Eledon, Kaukasan „cu grăsime", *babeurre*, lapte acidulat sau lapte calcic și completînd cu supă de morcovi, Arobon, mucilagiu de orez.

b) *Formele importante cu scăderi mari în greutate:* dieta hidrică de 12—24 de ore, după caz; lichide parenteral (p. 147).

Ne vom gîndi totdeauna, în aceste situații, că tulburarea digestivă poate fi produsă de b. coli patogeni, mai ales dacă sugarul a fost internat în prealabil în alt spital sau dacă tulburarea digestivă survine în cursul internării.

Hidroterapia. Importanța ei a scăzut, dar nu merită să fie părăsită. Procedurile respective nu trebuie, pe de altă parte, să determine o agitație nedorită a copilului.

Cea mai indicată metodă rămîne baia caldă la 36°, a cărei temperatură este crescută pînă la 38—39° (urmată eventual de un duș călduț la 28°), pentru că stimulează ventilația pulmonară, combate respirația superficială și staza secreției. Această baie poate fi repetată de 1—2 ori/zi, dacă acțiunea este favorabilă și sugarul nu arată semne de colaps.

Antibioticele (vezi și p. 70). Incidența generală a pneumoniilor bacteriene și bronhopneumoniilor bacteriene a scăzut considerabil; majoritatea infecțiilor acute pulmonare ale sugarului sînt astăzi *bronhopneumonopatii virobacteriene, în care virusurile sînt primul agent etiologic, iar bacteriile sînt invadatori secundari.*

Nou-născut. Etiologia bronhopneumoniilor acestei vîrste (p. 56) explică de ce recomandăm asocierea inițială de penicilină și kanamicină.

Scanned with OKEN Scanner

Sugari. În pneumoniile bacteriene, pneumococii au rămas și în prezent factorul etiologic cel mai frecvent; este probabil că streptococii participă foarte rar, iar *H. influenzae* joacă rolul unui invadator secundar, al cărui rol nu este clar dovedit în toate împrejurările.

Antibioticele cu care începem tratamentul la o bronhopneumonie obișnuită (la care nu avem motive să suspectăm etiologia stafilococică) sînt: sau penicilină cristalizată — singură sau asociată cu Neoxazol (la sugarii peste 3 luni) sau Ampicilină. Este bine ca tratamentul să fie precedat de recoltarea secreţiilor traheobronșice pentru culturi.

Tratamentul va fi instituit *precoce*, în doze suficiente și ne vom asigura în cursul tratamentului că bolnavul *a primit* medicaţia respectivă, iar în cazul medicaţiei orale și că sugarul *nu a vărsat* la scurt timp după priza respectivă.

Penicilina. În bronhopneumonie se folosește penicilina cristalizată injectabilă; nu se va utiliza o penicilină retard sau penicilina V.

Doza în 24 ore va varia între 200 000 și 400 000 u. la prematuri, nounăscuţi, între 400 000 și 1 200 000 u. la sugari și între 1 000 000 și 2 000 000 u. la copii.

Ritmul de administrare. În cazurile grave, injecţiile cu penicilină se vor face în primele zile la 3—4 ore, iar în cazurile medii la 6 ore.

Durata tratamentului. Penicilina se administrează pînă la vindecarea clinică, dispariţia sindromului funcţional respirator (dispnee, geamăt, tiraj) și involuţia imaginii radiologice; este continuată încă 2—3 zile, ceea ce însumează 7—10 zile.

Atragem atenţia asupra greșelilor care pun în pericol viaţa bolnavului, prin utilizarea unor doze prea mici de penicilină, cu intervale prea mari între injecţii (este interzis să se facă la intervale de 12 ore) sau practicînd tratamente prea scurte, de 3—4 zile.

Neoxazol (vezi p. 348).

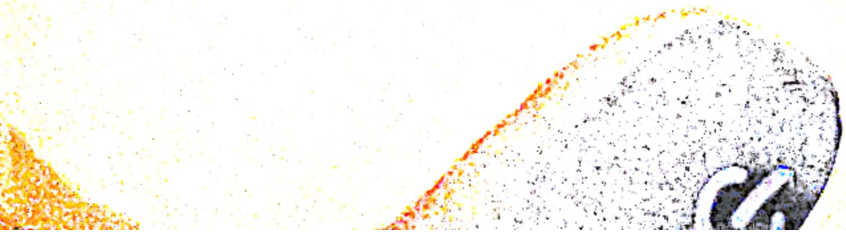
Ampicilină (vezi p. 264).

Bronhopneumonia bacteriană obișnuită răspunde de obicei prompt la aceste antibiotice. Bineînţeles că și antibioticele cu spectru larg pot avea un efect similar; dar acestea sînt, pe de o parte, bacteriostatice și efectele secundare sînt de așa natură (vezi tetraciclina și cloramfenicolul), încît este înţelept să prescriem penicilină cristalizată, singură sau asociată cu Neoxazol (la sugarii peste 3 luni) sau Ampicilină; rezultatele sînt de obicei excelente, în cadrul unei corecte conduite generale la bolnavul respectiv.

Dacă nu observăm o ameliorare (temperatură, puls, ritm respirator) după primele 36—48 ore de la instituirea acestei terapeutici, vom reconsidera atent bolnavul și boala. Dacă rămînem la diagnosticul de bronhopneumonie bacteriană (fără complicaţii și în absenţa etiologiei stafilococice), poate fi asociat propionatul sau etilsuccinatul de eritromicină; tetraciclinele au tot mai puţine indicaţii.

Rezultatul culturilor inițiale (nas, faringe, sînge) pot sugera uneori alte asocieri.

Eritromicina (propionat sau etilsuccinat) poate fi asociată de la început în bronhopneumonia distroficilor de gradul al II-lea și al III-lea, în formele grave.



Scanned with OKEN Scanner

Durata tratamentului cu antibiotice este de 5—7—(10) zile. Este dependentă de:

— tipul bronhopneumoniei (mai lungă — de exemplu 10—14 zile — în forma miliară, în forma diseminată);

— vîrsta bolnavului (10—14 zile la nou-născuți, la prematuri și sugarii din primele 3 luni de viață);

— agentul etiologic (mai lungă în bronhopneumoniile determinate de streptococi, b. Friedländer, *H. pertusis*, postrujeolice);

— starea de nutriție (distrofie înaintată) și boli asociate (rahitism și /sau anemie severă);

— evoluția sub tratament (apreciată prin manifestări clinice, radiologie, hemogramă, V.S.H. etc.).

Particularitățile etiopatogenice ale bronhopneumoniilor la nou-născuți

Plămînul nou-născutului se poate infecta pe două căi: respiratorie și sanguină.

I. *Calea respiratorie:*

1. *În ultimele zile înainte de naștere.* La fătul hipoxic, bătăile inimii se încetinesc și prezintă neregularități, iar pareza sfincterului anal determină trecerea meconiului în lichidul amniotic. Starea asfixică determină adesea respirații adînci, premature, care sînt urmate de aspirația conținutului amniotic și de multe ori de o bronhopneumonie prin aspirație și de declanșarea prematură a travaliului. Fătul se poate naște mort sau poate muri curînd după naștere.

2. *În timpul travaliului și al expulsiei.* Aceleași cauze care determină hipoxia fetală pot interveni cu atît mai mult în timpul travaliului și al expulsiei.

Infectarea plămînului se produce în urma aspirației de produse materne ovulare sau fetale, fie în cursul suferinței fetale, al travaliului și al expulsiei, fie în cursul tentativelor de reanimare prin insuflație de aer sau de oxigen.

În toate aceste împrejurări nu trebuie subestimat rolul germenilor microbieni: aceștia pot infecta lichidul amniotic chiar înainte de ruperea membranelor. Bineînțeles, participarea lor este sigură în caz de ruptură prematură a membranelor și de travaliu prelungit. Ei găsesc un teren favorabil în lichidul amniotic; acesta devine din ce în ce mai septic după primele 24 de ore care urmează ruperii membranelor. În mod practic, toate pneumonopatiile congenitale urmează inhalării de lichid amniotic infectat (cu stafilococi și colibacili în special). Cu toate acestea, nu se poate trage totdeauna o linie precisă de demarcație între pneumonopatiile fetale determinate de aspirație și celelalte infecții pulmonare contractate tot în uter, dar datorite unei infecții transplacentare. Ruperea prematură a membranelor este desigur un argument serios în favoarea primei eventualități.

3. *După naștere* este adevărata infecție aerogenă. Flora microbiană din rinofaringele copilului poate determina bronhopneumonia fie datorită terenului copilului, fie prin vitrulența ei, fie prin unele împrejurări speciale·

Scanned with OKEN Scanner

a) Unele pneumonopatii se instalează mai ales la anumite categorii de copii: prematurii cu greutate mică, debilii congenitali, traumatizaţii la naştere, copiii cu sifilis congenital. Există şi nou-născuţi la termen şi normali, periclitaţi; am constatat aceasta în special la copiii născuţi şi îngrijiţi în condiţii defectuoase, la care se înregistrează scăderi mari în greutate sau la care întîrzie redresarea curbei de greutate şi la care se asociază un muguet întins bucal şi faringian, care favorizează grefarea pneumonopatiilor. Germenii nu au în aceste cazuri o virulenţă deosebită; terenul este hotărîtor.

b) În contrast cu aceasta, bronhopneumoniile la nou-născuţii normali sînt determinate mai ales de germeni foarte virulenţi (uneori sub formă de mici focare epidemice în maternitate): stafilococi de spital, colibacili hemolitici, b. Friedländer (vezi mai jos).

c) Arborele respirator al nou-născutului poate fi invadat de lapte, ceai, lichid de vărsătură, care pot determina o bronhopneumonie. Prematurii cu greutate mică, debilii congenitali, copiii cu atrezii esofagiene, cu fistulă bronhoesofagiană şi mai cu seamă copiii cu traumatisme cerebrale sînt cei mai ameninţaţi de această eventualitate.

Datele de mai sus sînt şi mai elocvente dacă prezentăm sumar flora bacteriană patogenă din arborele respirator al nou-născuţilor.

Flora bacteriană patogenă din arborele respirator al nou-născuţilor. Cercetările sînt unanime că rinofaringele copilului născut normal este steril la naştere, dacă s-a respectat asepsia obstetricală; flora bacteriană constatată în primele zile provine din mediul înconjurător.

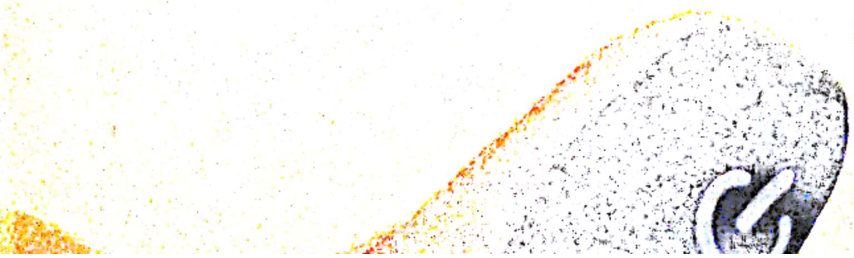
Dacă punga apelor s-a rupt prea devreme, cel puţin cu 24 de ore înainte de naştere, dacă a avut loc o aspiraţie de lichid amniotic sau dacă nu s-a respectat asepsia în cursul naşterii, copilul se naşte cu faringele contaminat de flora bacteriană provenită din canalul vaginal matern sau de la manevrele obstreticale respective. Flora vaginală este cea mai des incriminată: stafilococi, streptococi α- şi β-hemolitici, colibacili şi bacili difteriomorfi.

Rinofaringele nou-născutului este repede invadat de o floră microbiană constituită aproape în exclusivitate de stafilococi „de spital", care provin de la personalul mediu din sala de naşteri şi secţia de nou-născuţi.

Toate cercetările sînt unanime în ceea ce priveşte densitatea contaminării cu stafilococi patogeni şi nu există încă o explicaţie satisfăcătoare pentru această predilecţie a stafilococilor de a coloniza masiv rinofaringele nou-născuţilor.

Sînt puţine studiile care s-au ocupat de flora patogenă din căile respiratorii inferioare la nou-născuţi. După unele cercetări, în căile inferioare ale copiilor morţi de bronhopneumonie se găsesc deseori sau constant bacili coliformi şi mai puţin frecvent stafilococi.

Pneumonopatiile „aerogene" ale nou-născutului sînt — pe baza studiilor epidemiologice şi clinice — urmarea contaminării de la adulţi şi copii cu infecţii respiratorii sau de la purtătorii de stafilococi de spital (personalul din maternitate). Germenii cei mai frecvenţi sînt stafilococul „de spital" şi flora coliformă; dar mai pot fi întîlniţi şi b. Friedländer, piocianicul, enterococii, *Proteus* şi salmonelele (ultimii fiind transmişi probabil pe cale hematogenă).



Consecinţele acestor date sînt uşor de înţeles şi explică obligaţia asepsiei la naştere şi în secţia de nou-născuţi, precum şi administrarea de antibiotice eficace împotriva stafilococilor „de spital" în toate cazurile de ruptură precoce a pungii apelor cu prezumpţia de aspiraţie, în cazurile de naştere în condiţii obstetricale defectuoase, ca şi în toate pneumonopatiile nou-născuţilor. Se impune de asemenea urmărirea strictă a stării de sănătate a personalului din secţia de nou-născuţi, eliminarea (şi tratarea) purtătoarelor de stafilococ şi a bolnavelor. Izolarea prealabilă a germenilor şi testarea sensibilităţii lor faţă de antibiotice sînt obligatorii în toate aceste pneumonopatii.

II. *Calea sanguină* este o realitate, deşi mai puţin frecventă decît precedenta.

1. *Pneumonopatii fetale.* Germenii pot trece de la mamă pe cale sanguină la făt în timpul vieţii intrauterine (pneumonii lobare sau segmentare provocate de pneumococ).

2. *După naştere.* Germenii pot ajunge la făt în plămîni prin mijlocirea vaselor ombilicale; calea este directă şi larg deschisă („plămînul ombilical", de obicei stafilococic).

3. Unele bronhopneumonii fac parte mai curînd din *septicemiile* nou-născutului. Localizarea pulmonară trebuie considerată numai ca o determinare — de multe ori finală — a acestora.

Septicemiile la nou-născuţi recunosc astăzi o etiologie bacteriană în parte diferită de cea anterioară erei antibioticelor: majoritatea sînt provocate, în ultimii ani, de flora coliformă şi în măsură mai redusă de stafilococi, enterococi.

Tubul digestiv era considerat în trecut ca un punct de plecare al germenilor; astăzi nu i se mai atribuile acest rol; dacă constatăm simptome digestive, ele trebuie interpretate ca manifestări de însoţire a simptomelor respiratorii şi generale.

Tratamentul complicaţiilor bronohopneumoniilor

Tratamentul insuficienţei cardiace (vezi p. 112). Dăm preferinţă tratamentului cu Digoxin. Nidacil, Acylanide sau Lanatosid C.

Tratamentul colapsului (vezi p. 115).

Profilaxia colapsului. Conduita *complexă* expusă mai sus asigură de obicei şi profilaxia colapsului. Nicetamidei, Pentetrazolului, cafeinei, efedrinei etc. li se poate atribui o oarecare acţiune în acest sens, cînd sînt folosite în primele 1—2 zile ale tratamentului.

Posologie, precauţii, contraindicaţii (vezi capitolele respective). Vom reţine tendinţa convulsivantă a primelor două droguri la copii de vîrstă mică.

Meteorismul. Va fi pe cît posibil *prevenit* prin: oxigenoterapie la sugarii polipneici şi dispneici, înainte de a apărea cianoza; antibioterapie corectă; evitarea constipaţiei; alimentaţie adaptată stării bolnavului.

La primele semne de meteorism: neostigmină pe cale s.c. sau i.m, 0,3 ml la sugarii peste 3 luni şi 0,5 ml din soluţia 1/2 000 la un copil de 1—2 ani, doză care poate fi repetată o dată după 2—3 ore, dacă efectul întîrzie;

Scanned with OKEN Scanner

în acest caz se va face și o clismă evacuatorie, după care se lasă o sondă rectală.

Anemia severă (sub 6 g hemoglobină): mici transfuzii cu sînge proaspăt (5—10 ml/kg).

Tratamentul simptomatic și adjuvant al bronhopneumoniilor

Medicația antitermică: hidroterapia și aeroterapia sînt superioare acidului acetilsalicilic sau amidopirinei.

Medicația sedativă nu va fi folosită: rezultate optime se obțin cu măsurile expuse mai sus (izolare, evitarea polipragmaziei, gruparea manevrelor terapeutice, aeroterapie, oxigen).

Dacă nu reușim să calmăm sugarul cu aeroterapie, oxigen, hidratare corectă, putem recomanda o doză de 0,01—0,015 g Fenobarbital; rezultatele sînt mediocre. Sînt interzise: prometazina, clorpromazina etc.

Imunoterapia. γ-globuline sol. 10% 3—6 ml sau sol. 16% 2—4 ml în cazurile însoțite de hipogammaglobulinemie și în bronhopneumonia rujeolei.

Rahitismul florid, spasmofilia: 600 000 u. vitamină D_2 sau D_3.

Profilaxia bronhopneumoniilor. Tratamentul precoce și corect al infecțiilor căilor respiratorii superioare și al bronșitei acute. Profilaxia infecțiilor căilor respiratorii superioare și bronșitei. Evitarea rujeolei și tusei convulsive în prima copilărie.

TRATAMENTUL PNEUMONIEI STAFILOCOCICE

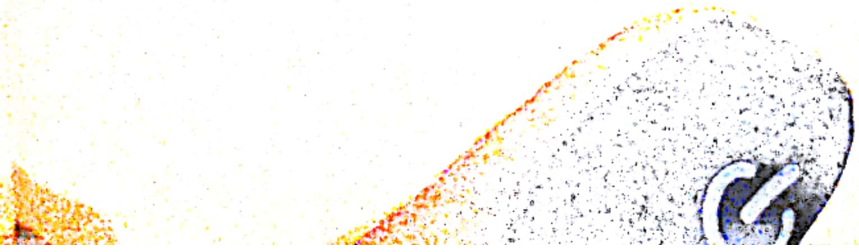
Este de obicei o boală primară a aparatului respirator al sugarilor și al copiilor mici sub 4 ani (poate fi favorizată de o infecție virotică rinofaringiană); alteori este secundară altor stafilococii ale nou-născutului sau sugarului mic (coriză, conjunctivită, omfalită, piodermită etc.) sau apare ca o complicație a rujeolei, gripei, varicelei; poate fi favorizată de hipogammaglobulinemie sau mucoviscidoză.

Infecția stafilococică a plămînului îmbracă aspectul unei pneumonii abcedante multiple, pneumonia abcedantă primară sau toxicoseptică a sugarilor și nou-născuților; uneori este localizarea pleuropulmonară a unei septicemii. La copilul mic (1—4 ani) îmbracă aspectul pneumoniei lobare sau segmentare, la care regăsim caracterul abcedant, tendința la empiem ca și aspectul general toxicoseptic, dar reduse în comparație cu formele de la sugari (vezi și p. 64).

Dat fiind deosebita gravitate și evoluția foarte rapidă a bolii, tratamentul trebuie să fie:

— *precoce* deoarece infecția poate determina foarte repede moartea;

— *intens* deoarece la copii de vîrstă mică nu există imunitate față de stafilococi, fiind astfel favorizată generalizarea infecției și grave dereglări generale; stafilococii pot deveni rezistenți chiar în timpul tratamentului la unele dintre antibioticele folosite;



Scanned with OKEN Scanner

— *optim*, antibioticul și posologia vor fi cele impuse de boală; decompresiunea este o urgență, iar instituirea unui drenaj al empiemului nu va fi întîrziată.

— *complex*, boala va fi tratată sub toate aspectele (manifestările toxice și septice, hipoxia, colapsul, anemia, insuficiența suprarenală), fără a se neglija măsurile igienico-dietetice și de sporire a mijloacelor naturale de apărare.

Tratamentul cuprinde acte comune tuturor fazelor și măsuri particulare unor anumite forme clinice.

Tratamentul antiinfecțios

Terapeutica pneumoniei stafilococice se bazează pe antibiotice. Tratamentul cu antibiotice antistafilococice trebuie început imediat ce bănuim o astfel de pneumonie. Orice întîrziere sau eroare (antibiotic nepotrivit, doze prea mici, cadență nepotrivită) poate fi fatală în fața unei boli cu o evoluție atît de rapidă și dramatică. Vom căuta să precedăm tratamentul cu antibiotice de prelevarea secrețiilor și exsudatelor din nas, faringe, arbore traheobronșic, pleură, abcese pulmonare, alte colecții supurate și de hemocultură.

Pînă ce ne parvin rezultatele acestor examene, vom folosi o schemă inițială care ține seama de sensibilitatea teoretică a stafilococilor față de anumite antibiotice. Bineînțeles că trebuie avută în vedere și evoluția generală a rezistenței stafilococilor în ultimii ani, precum și particularitățile vîrstei fragede care este dezarmată în fața acestei infecții. De aceea vom administra în primă fază a tratamentului *antibiotice bactericide* și sigur eficace împotriva stafilococilor. Penicilina G cristalină rămîne antibioticul bactericid cel mai eficace, dacă stafilococii respectivi sînt sensibili la acestă formă, dacă nu secretă penicilinază. Această eventualitate este însă tot mai rară, mai ales la nou-născuți și sugari, în cazul infecțiilor cu stafilococi „de spital", constant rezistenți la penicilina G. Astăzi plecăm de la premisa că o infecție stafilococică severă ca pneumonia *este provocată de stafilococi secretori de penicilinază și deci rezistenți la penicilina G*. De aceea vom folosi de la început o penicilină *semisintetică injectabilă* și neatacată de penicilinază, ca Methicillin, Cloxacilin, Oxacilin sau lincomicina (kanamicină în lipsa acestora). Unii autori asociază Methicillin sau Oxacilin cu kanamicina. Dacă stafilococii și-au păstrat sensibilitatea la penicilina G, *aceasta este mult mai activă decît Methicillin, lincomicina, Cloxacilin sau Oxacilin*; de aceea unii specialiști recomandă asocierea inițială a penicilinei G cu Methicillin, Cloxacilin, lincomicină sau Oxacilin. Vom înlătura apoi antibioticul față de care stafilococii se dovedesc rezistenți *in vitro*.

Dacă bolnavul are intoleranță la penicilină, vom începe cu asocierea kanamicină-cloramfenicol.

Methicillin se administrează în doze de 100—150 mg/kg/24 ore, repartizate în 4 injecții intramusculare la 6 ore; nu se va depăși 4 g/24 ore.

În lipsa Methicillinei, Cloxacilinei, lincomicinei sau a Oxacilinei penicilina G va fi asociată cu kanamicina (și cu 1—2 antibiotice bacteriostatice). Am obținut cele mai bune rezultate cu Pyostacine. Alegerea bacteriostaticelor

Scanned with OKEN Scanner

este indicată mai ales de sensibilitatea pe care au arătat-o tulpinile de stafilococi izolate recent în regiunea respectivă (la bolnavii proveniți din teren, la cei contaminați în spitale, maternități), cît și de experiența dobîndită în infecțiile stafilococice apărute în ultimii ani. Datele teoretice și experiența clinică indică mai ales Pyostacine sau în lipsă cloramfenicol; mai poate fi folosită eritromicina (sau novobiocina). Stafilococii sînt astăzi tot mai frecvent rezistenți la tetracicline, streptomicină, sulfamide.

Penicilina G cristalizată va fi utilizată în doze de 2 000 000—5 000 000 u. /24 ore, în perfuzie i.v. sau i.m, la 3 ore.

Cloramfenicolul (vezi contradincațiile și limitarea posologiei la p. 279). Vom începe tratamentul pe cale parenterală cu hemisuccinat de cloramfenicol sau în lipsa acestuia cu clorocid; se trece apoi la calea orală, o dată cu ameliorarea bolnavului: (0,05)—0,10 g/kg/24 ore, doză divizată în 4 prize.

Eritromicina: 0,05 g/kg/24 ore *per os* sau i.v. (eritromicină lactobionică).

Unii specialiști asociază Nystatinum (Stamicin) de la începutul tratamentului, pentru a evita candidoza intestinală.

Schema inițială poate fi ulterior modificată, în funcție de rezultatul culturilor și evoluția clinică. Stafilococii izolați de la sugari se dovedesc — după materialul nostru clinic — rezistenți la penicilina G, deci vom continua aproape totdeauna cu Methicillină, Cloxacilin sau Oxacilin. Dacă stafilococii se arată sensibili la penicilina G (rar și numai la copilul mic sau școlar), vom rămîne numai la penicilina G, antibioticul de elecție în aceste cazuri.

Dacă am început cu kanamicină, ea nu poate fi continuată mai mult de 8—14 zile; se trece apoi la un antibiotic bacteriostatic, conform antibiogramei.

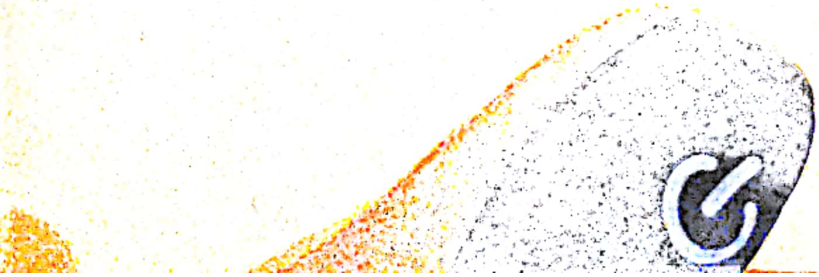
În perioada de involuție a bolii, unii autori părăsesc penicilina și trec la un antibiotic bacteriostatic (cloramfenicol, eritromicină), pentru a împiedica recăderile provocate de focarele stafilococice profunde, încă nesterilizate.

Durata tratamentului cu antibiotice trebuie individualizată pentru fiecare bolnav; variază de la 3 săptămîni la 2 luni și este dependentă de evoluția clinică, radiologică (în primele zile examene de 1—2 ori/zi), biologică (V.S.H. hemogramă), bacteriologică (repetarea culturilor poate arăta uneori alterarea sensibilității inițiale, mai ales în cazul eritromicinei) etc.

Antibioticul nu trebuie oprit prea devreme, pentru că pot apărea recăderi; tratamentul poate fi oprit la 3 săptămîni după ce s-a redus febra sau după ce au dispărut toate semnele și simptomele bolii.

Tratamentul antiinflamator

Nu împărtășim opinia celor care introduc cortizonul la orice bolnav cu pneumonie stafilococică; credem că acesta trebuie rezervat pentru formele predominant toxice; nu este indicat în stadiul de pneumopatie buloasă (risc de perforație).



Scanned with OKEN Scanner

Cortizonul va fi administrat la început pe cale parenterală (hemisuccinat de hidrocortizon sau Urbason la primele injecții, iar în următoarele 1—2 zile pot fi utilizate și acetat de cortizon sau supercortizol injectabil); se poate recurge la Δ-cortizon, cînd calea bucală este sigură. Durata va fi scurtă, limitată la faza gravă, toxiinfecțioasă a bolii; medicamentul trebuie oprit cînd apar bule.

Tratamentul complicațiilor respiratorii

Supravegherea sugarului va fi foarte atentă, pentru că tulburările respiratorii pot impune o terapeutică de extremă urgență.

Accidentele pleuropulmonare care determină o sancțiune terapeutică precisă sînt: pleurezia purulentă, ruptura unei bule însoțită de pneumotorax și piopneumotorax, suflajul unei bule.

Pleurezia purulentă. Tendința pneumoniei stafilococice de a se complica cu o pleurezie purulentă (piopneumotorax) este atît de rapidă și constantă la sugari, încît boala este numită și *stafilococie pleuropulmonară.*

La orice bănuială de exsudat pleural (recomandăm controlul radiologic zilnic în primele zile după internare), puncția pleurală este obligatorie de îndată. Dacă este pozitivă, vom face culturi, vom evacua pe cît posibil tot puroiul și vom injecta 100 mg Methicillin sau 400 000 u. penicilină cristalină.

Există tendința ca tratamentul local să fie chirurgical de la început.

Unele exsudate pleurale limitate se pot vindeca datorită tratamentului general medical. Unii specialiști încearcă 2—3 puncții evacuatorii, urmate de instilarea locală a antibioticelor citate, dacă exsudantul rămîne redus.

Acumularea excesivă de aer (de obicei în pleură, rar o bulă gigantă) pune de asemenea probleme chirurgicale.

Necesitatea *decompresiunii* și a *drenajului* este dirijată de anumite principii, a căror realizare trebuie să fie hotărîtă, de la caz la caz, de consultul dintre pediatru și chirurg.

Decompresiunea este o măsură de urgență care se adresează revărsatelor gazoase a căror apariție este brutală sau au o extensiune progresivă; acestea traduc cel mai adesea o perforație pleuropulmonară, mai rar o bulă extensivă. Decompresiunea de urgență trebuie făcută cu acul; starea copilului se ameliorează imediat, dar ea poate fi continuată cîteva zile printr-un cateter racordat la o trompă de vid printr-o tubulură și un borcan cu apă.

Reacția lichidiană purulentă este frecventă și are tendința să complice menținerea decompresiunii, deoarece obstruează acul sau cateterul fin. Ritmul de eliminare a bulelor de aer (vizibil în fundul borcanului cu apă) dă măsura perforației: la început, permanentă la fiecare inspirație, devine curînd intermitentă numai la țipete și tuse. Dacă aspectul radiologic este satisfăcător, sifonajul poate fi oprit temporar și un nou control radiologic poate decide înlăturarea cateterului.

Drenajul chirurgical al pleureziei purulente va fi hotărît de consultul dintre pediatru și chirurg. Sonda trebuie să fie destul de groasă; ea va fi așezată mai jos și mai înapoi față de acul de decompresiune. După o pleu-

Scanned with OKEN Scanner

rotomie minimă se instalează un drenaj închis și sifonaj sub apă; de 2—3 ori/zi se poate instila prin tubul de dren 100 mg Methicillin sau 400 000 u. penicilină cristalizată; o oră după aceea se oprește sifonajul. Ca și la decompresiune, ablația drenului trebuie precedată de o oprire temporară a drenajului, urmată de control radiologic.

Tratamentul general

Vezi și tratamentul bronhopneumoniei.

— Oxigenoterapia sub cort este necesară aproape la toți bolnavii (p. 51);

— Digoxina sau Lanatosidul C ajută bolnavului să treacă primele 2—3 zile, cele mai critice;

— meteorismul abdominal este aproape constant la sugar (p. 58);

— perfuzia venoasă este necesară pentru unele antibiotice, pentru menținerea echilibrului hidroelectrolitic și nutrițional;

— mici transfuzii cu sînge proaspăt;

— imediat ce simptomele toxiinfecțioase diminuează, se poate normaliza alimentația.

Convalescența este lungă, dar nu rămîn sechele pleuropulmonare.

Aspecte particulare. La începutul bolii poate coexista și alt focar infecțios (otită).

Uneori, primul tratament este insuficient (antibiotic rău ales, doze insuficiente); deși bolnavul supraviețuiește, starea plămînului este mediocră: persistă bule închistate cu nivel de puroi, pleurezie închistată etc. Vom recomanda doze mari de Methicillin Cloxacilin, lincomicină și în asociere cu cortizon; abcesele vor fi puncționate, punga pleurală va fi drenată chirurgical.

TRATAMENTUL PNEUMONIEI FRANCĂ LOBARĂ ACUTĂ (CRUPOASĂ SEGMENTARĂ)

Datorită modificărilor hotărîtoare imprimate de chimioterapie și antibiotice, tratamentul general al pneumoniei unifocale pneumococice, altădată pe primul plan, a cedat pasul tratamentului specific.

Vom urmări evoluția locală și generală, imaginea radiologică, V.S.H., hemograma, urina etc.

Tratamentul specific

Vom folosi antibioticul care întrunește acțiunea optimă asupra pneumococului și perspectiva celor mai puține incidente sau accidente.

Penicilina corespunde cel mai bine acestor premise; ea este *antibioticul de elecție* în pneumonia pneumococică francă lobară. Toate tulpinile de pneumococi sînt foarte sensibile față de penicilină; această sensibilitate s-a păstrat intactă. Putem folosi diferite tipuri de penicilină:

a) Forma cea mai sigură este penicilina G cristalizată, prima injecție fiind de 400 000 u., urmată de cîte 200 000 u. la fiecare (4)—6 ore, zi și

Scanned with OKEN Scanner

noapte. La bolnavii grav se va începe totdeauna cu penicilină G, obligatoriu la 3 ore, injectîndu-se de fiecare dată cîte 200 000 u., prima injecție fiind de 400 000—800 000 u. După ameliorare, trecem la ritmul de 6 ore și la posologia obișnuită de 800 000 u. /24 ore.

b) Se poate folosi și Efitard, 1 flacon la fiecare 12 ore.

Durata tratamentului: pînă la defervescență și 5—6 zile după aceea, adică în total 6—7 zile.

Penicilina nu are contraindicații, afară de alergia bolnavului față de penicilină. Fenomenul este rar la adult și excepțional la copil; în acest caz vom recomanda eritromicină, tetraciclină sau sulfamide. Pneumonia pneumococică lobară (segmentară) răspunde atît de uniform la penicilină, încît nu are nici un rost asocierea a două antibiotice.

Sulfamidele. Sulfamidele au adus servicii importante în pneumonie și nu și-au pierdut nimic din eficacitatea lor. Totuși, ele sînt înlocuite astăzi de penicilină, care întrunește: efect rapid și constant, minimum de complicații și nu are acțiuni secundare (în afara alergiei, foarte rară la copii). Ele pot fi indicate cînd bolnavul este sensibil la penicilină.

Produse recomandate: Neoxazol, Dulana.

Deși tetraciclinele, cloramfenicolul și streptomicina au și ele acțiune asupra pneumococului, sînt inferioare penicilinei în această formă de boală. Riscul incidentelor respective este de asemenea de natură a le contraindica fie izolate, fie asociate cu penicilina.

Bolnavii care nu răspund la tratament în decurs de 48 de ore, trebuie să facă obiectul unei analize serioase. Medicul va relua criteriile de diagnostic și schema de tratament. El are de stabilit, pe baza datelor de la debut și din cursul evoluției: dacă este într-adevăr o pneumonie, dacă etiologia este pneumococică, dacă nu sînt complicații locale (pleurezie, abces, pericardită) sau la distanță (peritonită, otită, mastoidită, artrită) sau altă boală supraadăugată, dacă a fost ales tipul nimerit de penicilină în cadența potrivită și dacă antibioticul a fost administrat corect bolnavului.

Alergia la penicilină se poate exterioriza și prin febră.

Pînă la 48 de ore de la debutul tratamentului trebuie luată o hotărîre, căci defervescența este sigură la toți bolnavii cu pneumonie unifocală pneumococică — în cel mult 48 de ore. Rareori poate persista o stare subfebrilă timp de 1—3 zile după defervescența critică și în timp ce starea bolnavului se îmbunătățește (clinic, hemogramă).

Pneumonia unifocală, la copii de vîrstă preșcolară mai ales, este mai des determinată în ultimii ani de *stafilococi*. Astăzi suspectăm etiologia stafilococică în fața oricărei pneumonii lobare la un copil mic. Această eventualitate trebuie avută în vedere atît la începutul tratamentului, cînd poate fi sugerată de datele clinice și radiologice, cît și în caz de insucces al tratamentului cu penicilină (după 24—48 ore), cînd ne pot ajuta clinica, aspectul radiologic, hemograma, V.S.H. și rezultatul culturilor. Tratament (vezi p. 60).

Tratamentul pneumoniei unifocale cu b. Friedländer (vezi p. 72), rezultatele sînt însă nesatisfăcătoare. Boala arată uneori tendința la difuziune, abcedare sau la cronicizare.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul general și simptomatic

Recomandăm izolarea ori de cîte ori este posibil. Repausul la pat este obligatoriu în primele zile. Internarea este necesară de cele mai multe ori; copilul va rămîne în spital cel puțin 7 zile după defervescență. Menținem temperatura camerei la 20—22°, aerisind de 4—5 ori pe zi sau ținînd fereastra permanent deschisă în anotimpul favorabil. Umezirea atmosferei, recomandabilă oricărui bolnav, devine obligatorie în încăperile cu încălzire centrală; pe calorifere se pun vase poroase, tăvi cu apă, prosoape sau cearșafuri ude.

La copii: rufăria va fi schimbată des, baie la 1—2 zile. Sugarii vor fi schimbați ori de cîte ori este nevoie, nu vor fi gros și strîns îmbrăcați, li se va face zilnic baie, pielea va fi îngrijită cu atenție.

Agitația, dispneea, cianoza, insomnia, care pot surveni la unii copii în primele 2—3 zile de tratament, se previn și se combat cu aeroterapie (p. 50), cort de oxigen (p. 51) sau hidroterapie. Hidroterapia, altădată atît de apreciată, are indicații restrînse: hipertermia, agitația, insomnia din prima zi de tratament. Se pot folosi loțiuni cu apă călduță, înveliș toracic prelungit (schimbat la 3—6 ore), scurte împachetări generale (de obicei 3 împachetări schimbate la 5 minute) sau băi la 38° și progresiv răcite.

Alimentația. În prima zi de tratament, ne putem mărgini la lichide (apă, ceai de plante, zeamă de compot, suc diluat de fructe) îndulcite 5 — 10% cu glucoză sau zahăr și supă de zarzavat. Lichide din abundență 1—1 1/2—2 litri/24 ore, pentru a combate pierderile datorite hipertermiei, polipneei, vărsăturilor. În a doua zi se pot adăuga lapte cu cafea de malț sau cu griș, iaurt, mere rase, fructele din compot, kissel, pîine, biscuiți; în a treia zi piure de legume cu unt și lapte, supe-creme, brînză de vaci etc. În tot cursul bolii, vitamina C 400 mg/zi.

Febra mare se poate combate — în afară de hidroterapie — și cu antitermice (p. 29).

Pentru profilaxia colapsului, la unii bolnavi — și pentru scurt timp — Nicetamidă 10—20 de picături o dată, repetată la nevoie. Împotriva agitației, aero- și hidroterapie, Fenobarbital (asociat cu bromură de calciu) sau Bromoval. Pentru fluidificarea secrețiilor bronhiale se poate prescrie *liquor amonii anisati.*

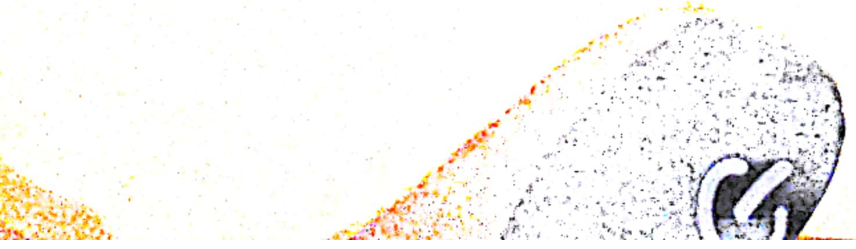
De obicei nu este nevoie de analgezice și de antitermice decît cel mult 1—2 zile. Dacă junghiul pleural este puternic, putem prescrie temporar codeină, Fenobarbital sau hidrat cloral.

Dacă deschidratarea este marcată în prima zi, se poate recomanda o hidratare intravenoasă.

Tratamentul complicațiilor

Pleurezia. Exsudatul pleural poate fi serofibrinos și steril. Uneori poate să se instaleze o pleurezie purulentă, dacă boala nu este tratată la timp. Empiemele care apar astăzi în cursul penicilinoterapiei corecte semnează de obicei *etiologia stafilococică* a pneumoniei unifocale.

Puncția exploratorie, examenul citobacteriologic, cultura sînt obligatorii.



Exsudatul serofibrinos (în care pot exista totuși pneumococi) se vindecă de obicei datorită tratamentului general.

În caz de *exsudat purulent*: evacuare cît mai completă a colecției, frotiu și culturi din puroi; penicilină 400 000 u. local. Dacă 1—2 puncții evacuatorii și peniclina aplicată local nu rezolvă empiemul și/sau sînt alte indicații (compresiune, stare toxică etc.), nu vom ezita să recomandăm drenajul chirurgical (p. 62).

Abcesul pulmonar (vezi p. 74).

TRATAMENTUL BRONȘIOLITEI

Bronșiolita este un sindrom clinic caracteristic pentru prima copilărie, mai frecvent la sugarii sub 6 luni, mai rar după acestă vîrstă.

Tabloul clinic este determinat de *emfizemul obstructiv generalizat.* [1]

Leziunile nu se limitează la bronhiole; ele se întind și la interstițiul pulmonar.

Etiologia: virusuri (microbi, alergie).

Diagnosticul diferențial se face:
— în formele ușoare, incipiente, cu traheobronșita, cu bronșita spastică;
— în formele severe, cu bronșita capilară; în formele avansate, cu bronhopneumonia miliară (cu care se combină), toxicoza și tuberculoza miliară.

Tratamentul este cel descris la pneumonia interstițială.

Acest sindrom clinic arată tranziția, pe de o parte spre laringotraheobronșită și traheobronșită și pe de altă parte spre pneumonia interstițială și bronhopneumonie.

TRATAMENTUL PNEUMONIILOR INTERSTIȚIALE SAU VIROTICE

Pentru aceste pneumonopatii nu există un tratament admis de toți specialiștii.

Sinonime: pneumonii atipice, pneumonii nebacteriene etc.

Etiologia virotică este predominantă (deși numai unele virusuri au fost identificate); cu toate acestea există pneumonii interstițiale produse și de *Mycoplasma pneumoniae*, de ricketsii și chiar de protozoare, ciuperci sau bacterii.

---

[1] Manifestările clinice sînt urmarea afectării generalizate a bronhiolelor, situație realizată la sugarii mici în infecțiile căilor respiratorii asociate cu mucoviscidoză, bronșiolită acută, pneumonie interstițială, formele atipice ale laringotraheobronșitei acute, congestia pasivă secundară cardiopatiilor congenitale, tuberculoza miliară, astm.

Elementul clinic dominant este *dispneea expiratorie*, cu polipnee, respirație adesea zgomotoasă, *excursii respiratorii reduse* și aspirație moderată suprasternală, supraclaviculară, intercostală; la formele severe este vizibilă cianoza.

La percuția toracelui este evidentă *hipersonoritatea*. La auscultație: o izbitoare diferență între inspirația mai puțin evidentă și expirația prelungită și aspră; pot fi prezente raluri mijlocii sau fine. Excesul de aer din alveole este bine obiectivat la examenul radiologic: se constată o creștere evidentă a transparenței pulmonare (mai ales la baze, iar de profil se vede și retrosternal); diafragmul este coborît, orizontalizat și cu excursii reduse, iar spațiile intercostale sînt lărgite.

Scanned with OKEN Scanner

Relaţiile dintre bronşiolită şi pneumonia interstiţială sînt atît de strînse la copiii din prima vîrstă, încît unii specialişti utilizează alternativ aceşti termeni pentru pneumonia interstiţială (virotică) a sugarului şi a copilului sub 2 ani.

Etiologia generală: mai ales virsuri (au fost izolaţi virusul respirator sinciţial, apoi virusurile *parainfluenzae*, adenovirusuri, virusul gripei, virusul rujeolei, virusul psittacozei şi ornitozei, *herpes virus varicelae*, virusul meningitei coriolimfocitare), *Mycoplasma pneumoniae* (agentul Eaton-Liu, PPLO etc.), rickettsii (*Rickettsia burneti*), protozoare (*Toxoplasma gondii, Pneumocystis carinae*), micelii *(Candida albicans, Hystoplasma capsulatum)*, bacterii.

Tratamentul pneumoniei interstiţiale şi al bronşiolitei la sugari şi copii de 1—2 ani

Bronşiolita (mai ales sub 6 luni) şi pneumonia interstiţială acută sînt tablourile clinice caracteristice la această vîrstă.

Etiologia obişnuită este cea *virotică* (au fost izolaţi virusul *sinciţial respirator*, care pare să fie principalul responsabil în 40—75% din cazuri, urmat de celelalte mixovirusuri, unele adenovirusuri — poate unele enterovirusuri). *Mycoplasma pneumoniae* este rar cauza la această vîrstă. *H. influenzae* şi unele tulpini de streptococ *viridans* invadează sau distrug mucoasa bronhiolelor şi produc bronşiolită, peribronşiolită şi leziuni interstiţiale.

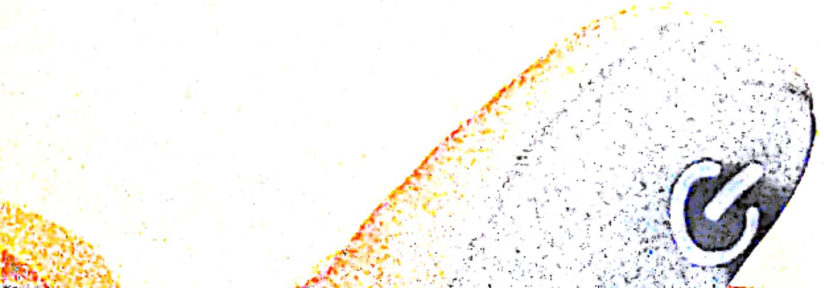
Leziunile determinate la această vîrstă de agenţii infecţioşi citaţi se limitează rar la bronhiole, ţesutul interstiţial fiind şi el afectat; de aceea pare legitimă folosirea alternativă a celor două denumiri (bronşiolită şi pneumonie interstiţială) pentru această boală şi la această vîrstă. Termenul de bronşiolită este mai apropiat de înţelesul clinic, iar cel de pneumonie interstiţială se referă mai curînd la substratul anatomopatologic. Este greu să ne închipuim că o bronşiolită poate rămîne pură, fără ca inflamaţia să nu cuprindă şi ţesutul interstiţial vecin; de asemenea, în procesele interstiţiale virotice sînt afectate şi mucoasele bronhiolelor.

Îngrijirile generale sînt acelea descrise la bronhopneumonii şi la pneumonie; camera, îmbrăcămintea, poziţia în pat la sugari şi repausul la pat la copilul mic, alimentaţia, aeroterapia, etc.

Hidratarea, atmosfera umedă şi oxigenul capătă o deosebită importanţă la sugarii al căror tablou clinic de bronşiolită este evident şi sever.

Boala virotică primară nu răspunde (cu rare excepţii) la antibiotice; vîrsta mică, prematuritatea, distrofia, rahitismul etc. favorizează agresiunea microbilor din căile respiratorii superioare, care invadează plămînul şi determină leziuni supurative în bronhii şi în bronhiole, leziuni alveolare şi interstiţiale în cadrul unei *pneumonopatii mixte virotice şi bacteriene;* aceasta mai ales la anumiţi sugari şi/sau cînd boala nu a fost prompt şi corespunzător îngrijită. De aceea antibioticele sînt totdeauna indicate la aceşti sugari.

In faza iniţială (bronşiolita uşoară) poate fi suficient tratamentul descris la traheobronşită acută. Pot fi necesare majoritatea examenelor paraclinice indicate la p. 48.



Sînt importante:
— îngrijirea copilului și hidratarea largă;
— umidificarea atmosferei;
— sedarea sugarului. Agitația, insomnia sînt favorabil influențate de acidul acetilsalicilic: cîte 0,04—0,06 g/kg/24 ore, repartizat în 4—5 prize, repetat timp de 2—3 zile.

Se mai recomandă: expectorante (iodură de potasiu); combaterea spasmului bronșic (cînd există) prin efedrină; antibiotice: penicilină cristalizată sau ampicilină; la prima se poate asocia Neoxazol, la sugarii peste 3 luni.

Unii specialiști consideră că antibioticele ar fi puțin utile la sugarii bine îngrijiți încă din faza inițială a acestor bronșiolite ușoare; ei cred că evoluția se face spre vindecare în 7—8 zile, indiferent de tratamentul întreprins. Noi recomandăm antibiotice și acestor bolnavi.

Această formă clinică poate fi îngrijită la domiciliu, dacă sînt întrunite condițiile pentru aceasta.

Principala complicație este suprainfecția bacteriană, tradusă prin *bronhopneumonie* sau *otită*.

Bronșiolita severă, broșita capilară (fazele mai avansate). Boala poate fi gravă de la început, alteori sugarul este consultat tradiv de medic sau tratamentul de mai sus nu a avut efect.

Internare imediată.

Vor fi efectuate examenele paraclinice citate la p. 48.

Obiectivele tratamentului sînt:
— înlăturarea spasmului bronhiolelor;
— corectarea anoxemiei;
— prevenirea sau tratamentul insuficienței cardiace;
— combaterea infecției;
— tratamentul anumitor simptome.

De aceea, pe lîngă măsurile indicate mai sus, vom mai recomanda:
— hidratare largă (eventual parenteral (v. Petrescu-Coman, *Pediatria*, 1969, nr.1);
— bronhodilatatorii (efedrină);
— mucolitice (Tyloxapol);
— sedare prudentă cu Fenobarbital la sugarii anxioși; fenobarbitalul va fi utilizat în doza de 8 mg la sugarii de 3—6 luni și 15 mg la cei peste 6 luni (doza poate fi repetată la fiecare 6—8 ore, timp de 1—2 zile);
— corticoterapia pe cale parenterală este eficace dacă este administrată precoce, dar numai pentru scurt timp și asociată în mod obligatoriu cu antibotice;
— antibiotice: ca la bronhopneumonie; este poate util ca propionatul sau etilsuccinatul de eritromicină să fie asociat de la început (indicațiile pentru tetracicline sînt tot mai rare).
— combaterea precoce a insuficienței cardiace cu Digoxin, Acylanid, Nidacil sau Lanatosid C.
— oxigen, numai umidificat la maximum (p. 51).

Unii specialiști recomandă baia indicată pentru bronhopneumonie (p. 54) și mai ales împachetarea generală cu mușt ar.

Scanned with OKEN Scanner

La sugarii din primele luni, bolnavi de bronşiolită, tuse convulsivă, pneumonie stafilococică, pot apărea unele accidente respiratorii grave; tratamentul acestor complicaţii este în prezent mai eficace (D. Boda, *Acta Paediatrica Hungarica*, 1961, p. 261; Thieffry, *Revue du Praticien*, 1967 p. 4 237). Pentru *dispneea progresivă* foarte gravă şi *crizele de apnee* sînt suficiente în unele cazuri manevre simple de reanimare: aspiraţie faringiană, ventilaţie cu ajutorul măştii. *Intubaţia* şi *ventilaţia artificială* au indicaţii limitate: aglomerare de secreţii în bronhii, insuficienţă respiratorie acută cu hipercapnie, forme apneizante (J.B. Jolly, *Archives Françaises de Pédiatrie*, 1967, p. 303).

Manevrele trebuie executate cu asepsie, la timp, înainte ca anoxia să fi determinat leziuni cerebrale ireversibile.

Tratamentul pneumoniilor interstiţiale la copiii preşcolari şi şcolari.

Tabloul clinic al pneumoniei interstiţiale la acestă vîrstă corespunde de multe ori cu cel descris sub numele de *pneumonie atipică primară*.

Etiologie: deşi virusuri mici ca mixovirusurile şi adenovirusurile pot provoca boala ca şi la sugar, în prezent domină opinia că multe îmbolnăviri (poate jumătate) sînt produse la acestă vîrstă de *Mycoplasma pneumoniae* (agentul Eaton-Liu). Virusurile mari care determină psittacoza şi ornitoza pot fi responsabile de acestă pneumonie mai ales la copiii mari, la care se întînesc şi infecţii cu *Rickettsia burneti* (febra Q).

Pot fi necesare majoritatea examenelor paraclinice indicate la p. 48.

Conduita generală este aceea descrisă la traheobronşita acută pentru cazurile uşoare şi la pneumonie pentru formele mai grave.

Eritromicina sau tetraciclina sînt indicate la copii moderat sau sever bolnavi, majoritatea agenţilor provocatori (*Mycoplasma pneumoniae în primul rînd*, virusurile mari şi rickesttsiile citate şi invadatorii secundari) fiind sensibili la aceste antibiotice. Durata tratamentului: (5)—7 zile.

Pentru tratamentul simptomatic, vezi traheobronşita acută şi pneumonia. De obicei sînt necesare puţine măsuri; tusea poate fi atenuată cu dozele uzuale de fenobarbital.

TRATAMENTUL PNEUMONOPATIILOR ACUTE ÎN FUNCŢIE DE ETIOLOGIE

A. DUPĂ VÎRSTĂ

Tratamentul afecţiunilor pulmonare acute la nou-născut. În cele ce urmează vom aduce unele precizări care invederează încă o dată importanţa ce trebuie acordată infecţiilor pulmonare la copiii de vîrstă fragedă, infecţii grevate de o letalitate foarte importantă.

Deşi procesul iniţial nu este infecţios, infecţiile secundare ne determină să prezentăm pe scurt profilaxia şi tratamentul unor afecţiuni specifice nou-născutului.

Atelectazia congenitală (v. p. 73.)

Obstrucţia bronşică (v. p. 42)

Scanned with OKEN Scanner

Pneumotoraxul spontan (v. p. 70).

Membrana hialină. Prevenire. Deşi nu se cunosc exact cauzele formării membranei hialine, se pot trasa măsurile care ar putea să o evite:

— scăderea procentului de naşteri înainte de termnen;
— evitarea operaţiei cezariene la cazurile-limită;
— îngrijirea corectă a gravidei diabetice;
— prevenirea anoxiei fetale;
— aspiraţia gastrică imediat după naştere, de preferinţă înaintea primei respiraţii.

Aceste măsuri trebuie discutate şi aplicate în comun de obstetricienii şi pediatrii din secţiile de nou-născuţi.

Tratament. Penicilină şi kanamicină sau streptomicină pînă la vindecare; oxigen umidificat, atît cît să combată cianoza; combaterea acidozei; combaterea hipoxiei este baza tratamentului.

Pe lîngă afecţiunile arătate mai sus, atragem din nou atenţia asupra bronhopneumoniilor la nou-născut şi sugar.

B. DUPĂ AGENTUL PROVOCATOR (terapia antiinfecţioasă specifică)

Deşi o clasificare etiologică ar prezenta cele mai multe avantaje pentru o terapeutică, „ţintită", identificarea agentului (agenţilor) patogen(i) întîmpină dificultăţi, mai ales la primul examen al copilului. Vîrsta, datele epidemiologice, istoricul, aspectul general clinic şi al aparatului respirator (semne funcţionale, obiective şi radiologice) orientează de obicei suficient pentru a putea începe tratamentul sugerat de acestă primă impresie.

Examenul radiologic va fi imediat executat, ori de cîte ori este posibil, el aducînd argumente foarte valoroase, uneori capitale, pentru un diagnostic etiologic mai precis. Leucograma, viteza de sedimentare, examenele citobacteriologice pot de asemenea să ne aducă repede alte date extrem de valoroase în acelaşi sens.

Rezultatul culturilor şi antibiograma ne pot confirma justeţea terapeuticii iniţiale sau ne oferă temeiul modificării primei scheme utilizate, mai ales dacă involuţia nu este evidentă după primele 2—3 zile de tratament.

Este adevărat că anumite tablouri radioclinice semnează de obicei o anumită etiologie; astfel, pneumococul este de obicei agentul cauzal al pneumoniei unifocale (cu rezervele arătate la p.64) iar pneumonia abcedantă primară este determinată de stafilococi. În schimb, culturile şi probele serologice necesare izolării diferitelor virusuri responsabile de majoritatea pneumoniilor interstiţiale nu sînt aplicate în practica curentă, deoarece, pe de o parte, dau rezultate cu întîrzieri, iar pe de altă parte nici nu au consecinţe practice corespunzătoare (în afara virusurilor mari, celelalte virusuri nu sînt sensibile la antibiotice).

Cu aceste precizări şi rezerve sîntem siguri că depistarea cît mai rapidă a agentului provocator poate fi uneori salvatoare pentru micul bolnav sau poate cel puţin să-i scurteze evoluţia bolii şi să-i asigure o vindecare fără sechele.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul cu antibiotice va fi precedat de recoltarea secreţiilor (rinofaringiene), sputei (sau a secreţiilor traheobronşice) pentru culturi (şi a sîngelui pentru hemoculturi).[1]

1. **La majoritatea pneumonopatiilor acute** vom începe tratamentul cu *penicilină cristalizată* deoarece majoritatea acestor boli sînt determinate de pneumococi (fie ca germene primar, fie pe terenul unei viroze anterioare), constant sensibili la penicilina G.

Pneumonopatiile sînt rar determinate în mod exclusiv de bacili gramnegativi, aceştia fiind de obicei asociaţi cu pneumococi şi alţi germeni (*H. influenzae* mai totdeauna).

Această eventualitate este mai probabilă la copiii sub 5 ani şi în pneumoniile gripale. Are indicaţie Ampicilina (streptomicina sau Neoxazol în lipsa ei).

Vom folosi de la început Ampicilina la sugarii foarte mici, la care ne putem teme de participarea bacilului *H. influenzae* şi a florei coliforme.

Ne vom gîndi la o pneumonie stafilococică cînd sugarul este mic, dacă a fost de curînd sau se află într-o colectivitate, dacă are sau a avut stafilococii minore în trecutul apropiat, cînd starea este gravă, cînd examenul radiologic arată o pleurită (pleurezie) sau bule, dacă leucocitoza şi neutrofilia sînt mari şi/sau bolnavul nu arată o ameliorare substanţială după primele 36—48 ore de tratament cu antibiotice; în aceste cazuri vom prescrie tratamentul pneumoniei stafilococice.

Vom fi de altfel pregătiţi să modificăm după 36—48 de ore schema iniţială de antibiotice, în funcţie de rezultatele culturilor sau dacă răspunsul bolnavului la tratament nu este satisfăcător.

Durata tratamentului este dependentă de: tipul pneumonopatiei, vîrsta bolnavului, agentul etiologic, starea de nutriţie, bolile asociate, evoluţia sub tratament (apreciată prin clinică, radiologie, examene paraclinice).

Indicaţiile care urmează se referă la pneumoniile provocate de un singur germen.

2. **Pneumonia pneumococică.** Vezi p. 63 pentru cea unifocală (francă lobară); cea plurifocală (bronhopneumonia) va fi tratată de obicei numai cu penicilină cristalizată, timp de 7—10 zile (vezi şi p. 54).

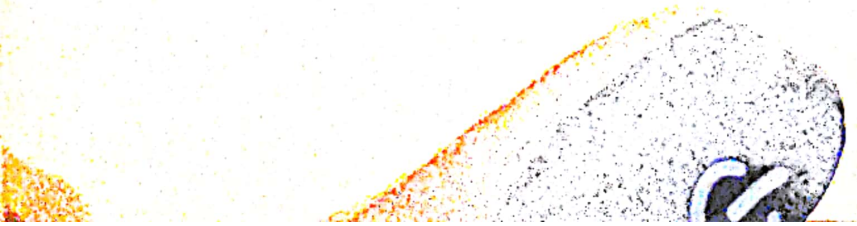
3. **Pneumonia streptococică.** Penicilină ca în pneumonia pneumococică; tratamentul durează 10—14 zile sau mai mult dacă persistă semnele de infecţie.

4. **Pneumonia stafilococică** (vezi p. 59).

5. **Pneumonia datorită H. influenzae.** Ampicilină. În lipsa acesteia: cloramfenicol, singur sau asociat cu streptomicină.

---

[1] Izolarea unor germeni potenţial patogeni pentru plămîn, ca stafilococul auriu sau chiar pneumococul sau streptococul β-hemolitic de grup A din nasul sau gîtul unui bolnav de pneumonie, nu implică obligatoriu că procesul pneumonic respectiv este provocat de microbii respectivi.



Scanned with OKEN Scanner

6. **Pneumonia datorită B. Friedländer.** Streptomicină asociată cu cloramfenicol și Neoxazol, cu respectarea principiilor privind nou-născuții.

Gravitatea bolii și tendința la abcedare impun un tratament prococe, masiv și prelungit (ca în pneumonia stafilococică).

7. **Pneumonia datorită bacililor gramnegativi.** În cursul bolii determinată de bacilul tific și *S. cholerae suis* pot apărea complicații pulmonare; se recomandă Ampicilină sau cloramfenicol ca pentru boala primară, dar tratamentul va fi prelungit (2—3 săptămîni) pentru a preveni recăderile.

Pneumoniile provocate de alți germeni gramnegativi (*Esch. coli, Pseudomonas, Aerobacter aerogenes* și grupul *Proteus*) nu sînt rare la bolnavii cu rezistență scăzută și la nou-născuți.

Antibioticile recomandate pentru *Aerobacter*: kanamicină, Colimycine, polimixină, cloramfenicol; pentru *Proteus mirabilis*: Ampicilină sau kanamicină; pentru *Proteus vulgaris* sau *Proteus morgagnii*: kanamicină sau cloramfenicol; pentru *Esch. coli*: Ampicilină, colimycine, kanamicină, cloramfenicol; pentru *Pseudomonas*: polimixină, Colimycine.

8. **Pneumonia datorită H. pertussis.** Complicațiile pulmonare din cursul tusei convulsive sînt provocate de obicei de asocieri bacteriene la care participă pneumococi, streptococi, stafilococi, *H. influenzae*; de aceea nu există un tratament specific al acestor pneumonopatii. Începem cu penicilină asociată cu streptomicină sau penicilină asociată cu cloramfenicol sau Ampicilină și ne conducem ulterior după rezultatul culturilor și evoluția clinică.

9. **Pneumonia interstițială plasmocelulară** (prin *Pneumocystis carinae*). Această pneumonopatie poate apărea sub forma unei mici epidemii la prematurii și sugarii distrofici sub 4 luni din colectivitățiele speciale pentru aceste categorii. Este provocată de un protozoar (?), *Pneumocystis carinae*, lipsit de virulență pentru copilul sănătos.

Nu există un tratament specific; se utilizează totuși o medicație antiplasmodică (cu Mepacrin) și o medicație antiinflamatorie: radioterapie, raze ultrascurte. În rest se aplică tratamentul bronhopneumoniei, insistîndu-se în mod deosebit asupra liniștei și odihnei totale, alimentației, aeroterapiei, oxigenoterapiei și Digoxinei sau Lanatosidului C la nevoie.

Profilaxie. Izolarea individuală a bolnavului. Iradierea sistematică cu raze ultraviolete a secției respective oprește și stinge o epidemie.

C. ALTE ETIOLOGII

Pneumoniile de aspirație. La nou-născuți (vezi p. 56).

Aspirația de alimente: în afară de nou-născut, vezi sindromul de insuficiență respiratorie acută, p. 42.

Pneumoniile lipoidice. Pneumoniile lipoidice sînt provocate de:

1. Tulburările din plămîni, secundare ingestiei de petrol lampant (copiii mici). Spălătura stomacală este nocivă.

Cort de oxigen în caz de dispnee și/sau cianoză.

Antibiotice (ca la bronhopneumonie): profilactic în caz de aspirație masivă și curativ dacă s-a produs o suprainfecție microbiană.

Vindecarea se produce în 5—7 zile cu îngrijirile generale citate la traheobronșita acută și pneumonie.

Scanned with OKEN Scanner

2. Uleiurile minerale și vegetale, oleul de parafină, de vaselină și untdelemnul, folosite ca bază pentru antisepticele nazale, pot provoca o pneumonie interstițială subacută sau cronică și infectată secundar *dacă sînt utilizate timp îndelungat*; de asemenea, aspirarea de untură de pește, oleu de ricin, soluție uleioasă de vitamină A și D_2 pot determina pneumonii uleioase infectate secundar.

Profilaxie. Este interzisă instilarea intranazală a substanțelor cu vehicul uleios; se impune o deosebită atenție la administrarea de substanțe uleioase la copii mici.

TRATAMENTUL ALTOR AFECȚIUNI ALE APARATULUI RESPIRATOR

TRATAMENTUL ATELECTAZIILOR

Recunoașterea *cauzei* este premisa pentru o terapeutică corectă; termenul de atelectezie trebuie să includă deci: provocată de..... Diagnosticul precoce și tratamentul imediat și corespunzător pot evita complicațiile bronhopulmonare, infecțioase.

Clasificarea atelectaziilor ne oferă fertile sugestii terapeutice.

I. ATELECTAZII CONGENITALE ȘI NEONATALE

Prognosticul rezervat poate fi mult schimbat în bine, printr-o recunoaștere precoce a sindromului și printr-un tratament imediat și energic.

Se curăță minuțios căile respiratorii superioare de mucozități. În ultimii ani, bronhoscopia s-a impus și în acest domeniu; ea a devenit o tehnică curentă în mîinile unor specialiști experimentați. De aceea pediatrii care lucrează în echipă cu acești specialiști recomandă folosirea sistematică a aspirației bronhoscopice la toți copiii bănuiți de atelectazie.

Copiii trebuie ținuți permanent în incubator, la o concentrație înaltă de 40—50% oxigen. Se recomandă și administrarea intermitentă de CO_2, în speranța că acesta va favoriza respirații mai profunde și o fluidifiere a mucusului.

Se iau măsurile cele mai potrivite pentru menținerea temperaturii și pentru aportul necesar de lichide.

La copiii la care atelectazia persistă mai mult de 40 ore, există pericolul grefării unei pneumonopatii. De aceea se recomandă administrarea de antibiotice timp de 3—5 zile: penicilină 200 000—400 000 u./24 ore i.m. sau Ampicilină. Dacă atelectezia durează mai mult de 48 ore, unii specialiști asociază și tetraciclină.

II. ATELECTAZII DOBÎNDITE

A. *Atelectazii bronșice*:

1. acute, reversibile; prin corpi străini; postoperatorii (după adenoamigdalectomie, după extracție dentară);

2. cronice: *a)* de origine bronșică (tumori etc.) și *b)* provocate de fibroză bronșică (bronșiectazie, pneumonii supurate etc.).

B. Atelectazii prin compresiune:

1. acute, reversibile (prin revărsat pleural, pneumotorax, adenopatii tuberculoase etc.);

2. cronice (fibroză pleurală, adenopatii tuberculoase etc.).

Tratamentul va avea în vedere cauza respectivă.

Ca principiu general se poate doar enunța că bronhoscopia cu scop diagnostic și terapeutic este indicată ori de cîte ori bănuim o atelectazie sau cînd sperăm că această manevră va face să dispară obstrucția bronșică; aceeași indicație se impune la atelectaziile care durează de mai multe zile, deși s-a făcut în rest tratamentul corespunzător.

Poziția copilului va fi des schimbată; copilul va fi încurajat să facă respirații adînci. Oxigen în caz de dispnee.

Sînt interzise substanțele care deprimă centrii respiratori (ca morfina) și care usucă mucoasele și îngroșase secrețiile (ca atropina, antihistaminicele).

TRATAMENTUL ABCESULUI PULMONAR

A. *Abcesul pulmonar unic* poate fi datorit aspirației unui material infectant (după adenoamigdalectomie, extracție dentară) sau unui corp străin (factori care favorizează atelectazia și infecția distală) sau a unui embol infectat (osteomielită).

În cadrul îngrijirilor generale, citate la pneumonie sînt indicate:

1. Antibiotice în funcție de flora microbiană (mixtă în abcesul secundar unei aspirații).

2. Agenți proteolitici pentru a favoriza lichefierea secrețiilor.

3. Drenaj postural și bronhoaspirație pentru drenajul secrețiilor.

4. Uneori puncție evacuatoare în abces, urmată de injectarea unui antibiotic indicat, în vederea îndepărtării secrețiilor.

B. *Abcesele pulmonare multiple* se produc în septicemii, în pneumonia prin stafilococi sau B. Friedländer. Se face tratamentul bolii respective.

PRINCIPII DE TRATAMENT ÎN AFECȚIUNILE BRONHOPULMONARE RECIDIVANTE ȘI CRONICE ALE SUGARULUI (ȘI COPILULUI)

Procesele bronhopulmonare cronice își au originea de multe ori în alte afecțiuni (bronhopneumonia tusei convulsive, pneumonopatiile din mucoviscidoză, pneumonopatiile acute ale distroficilor înaintați și ale marilor rahitici, pneumonopatiile datorite inhalării repetate de lapte la marii prematuri etc.).

Aceste pneumonopatii se transformă în afecțiuni cronice după o evoluție îndelungată, survenind de multe ori în valuri repetate. Un tratament precoce, just și perseverent este capabil de multe ori să vindece pneumonopatiile categoriilor periclitate sau pneumonopatiile recidivante și să împiedice deci îmbolnăvirile ulterioare și trecerea la cronicizare.

Antibioticele au determinat o modificare profundă a repartiției proceselor acute și cronice ale căilor respiratorii inferioare. Unii copii care mureau în primele zile de boală supraviețuiesc acum, dar afecțiunea poate recidiva sau se cronicizează din cauza unor anomalii grave, cum este mucoviscidoza.

Scanned with OKEN Scanner

De cele mai multe ori, procesele acute pulmonare care survin la marii distrofici, rahitici etc. — şi care se cronicizau — pot fi în prezent învinse, dar bolnavii rămîn expuşi recidivelor.

Clasificaţie. Este evident că aceste procese recidivante şi cronice nu reprezintă o unitate nosologică; deşi sînt disparate, totuşi se poate încerca o clasificaţie (N. Huang):

1. Procese cronice de natură *infecţioasă*, prin microorganisme patogene: germeni; ciuperci; paraziţi.

2. Procese cronice datorite *deficienţei mecanismelor antiinfecţioase*: γ-globuline; properdină (?).

3. Procese cronice, a căror bază este *obstructivă*, infecţia fiind secundară: aspiraţia de alimente sau corpi străini; obstrucţia extrinsecă bronşică, datorită inflamaţiei ganglionilor traheobronşici sau datorită tumorilor; mucoviscidoza.

4. Procese cronice, *sechele* ale unor bronhopneumonii acute cu evoluţie iniţial normală, obstrucţia sau infecţia determinînd trecerea la starea cronică.

5. Procese cronice, etapă finală a unor *anomalii anatomice*: trahee, arbore traheobronşic, perete toracic sau coloană vertebrală, inimă şi marile vase, esofag.

6. Procese anatomice cu *etiologie necunoscută*: bronşite cronice şi bronşiectazii idiopatice. Acestea pot fi uneori sechelele unei infecţii: tusea convulsivă, pojarul sau bronhopneumonia.

Intricarea factorilor respectivi poate fi uneori evidentă (mucoviscidoza).

Principii de diagnostic. Anamneza are o deosebită importanţă.

Examenul fizic va fi amănunţit şi repetat.

Examenul radiologic aprofundat este esenţial, adesea şi bronhografia.

Bronhoscopie pentru controlul vizual al căilor respiratorii (corpi străini) şi recoltarea de secreţii sau de mucoasă (examen histologic, bacteriologic).

Testele cutanate (tuberculină, antigene preparate din *Hystoplasma*, *Blastomyces*, alergene animale, vegetale, alimentare) pot fi de folos.

Examenul bacteriologic (recoltarea cu sonda Métras sau bronhoscop) este de primă importanţă diagnostică şi călăuză pentru tratament.

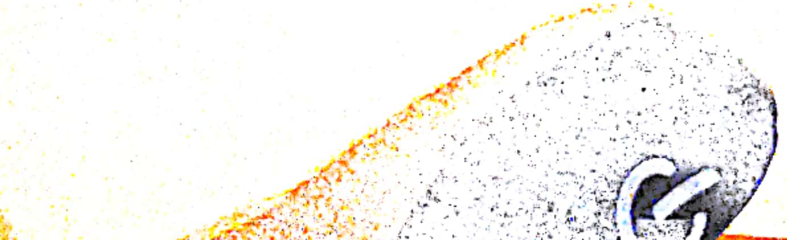
Alte examene: hemogramă (anemie, leucocitoză, neutrofilie, granulaţii toxice, deviere la stînga, eozinofilie); viteză de sedimentare; hemocultură, test de saturaţie în oxigen, rezervă alcalină etc.; R.B.W.; r. pentru aglutinine la rece; r. de fixare a complementului pentru diferite viroze etc.

Examene speciale (de exemplu, în mucoviscidoză).

Principii terapeutice. Nu poate exista un tratament raţional fără o bază serioasă diagnostică. Unele cazuri pot beneficia spectacular de diagnosticul care — reconsiderînd datele clinice, radiologice şi biologice — a indicat o nouă cale. Înlăturarea unui corp străin, un tratament antialergic potrivit cazului, administrarea periodică a γ-globulinelor în caz de hipogammaglobulinemie, administrarea unui antibiotic sau antifungic specific agentului patogen respectiv etc. intră în această categorie. Altă dată nu se pot lua decît măsuri paliative, ca în mucoviscidoză.

Tratamentul antiinfecţios. Se bazează totdeauna pe datele bacteriologice prealabile şi pe antibiogramă.

Dozele de antibiotice indicate în aceste cazuri sînt importante, ţinînd seama atît de vîrstă, greutate, sensibilitate la antibiotice, cît şi de probabi-



Scanned with OKEN Scanner

litatea existenței unor zone mediocru vascularizate în plămînii care au suferit repetate infecții sau o boală îndelungată. În afara căii generale se utilizează uneori și calea locală; aerosolii sînt cu atît mai indicați, cu cît bănuim existența unor leziuni scleroase bronșice, care împiedică pătrunderea în bronhie a antibioticului administrat pe cale generală.

Leziunea pulmonară veche poate fi reactualizată uneori de o *infecție exogenă* cu streptococi hemolitici sau pneumococi; în acest caz, penicilina întrunește cele mai multe avantaje. Altă dată, plămînul poate fi infectat de *H. influenzae*; în acest caz, preferințele merg spre Ampicilină, cloramfenicol sau tetraciclină, eventual asociate cu Neoxazol, Plisulfan, Plurisulfan, streptomicină.

Infecțiile cronice pot suferi exacerbări prin *germenii preexistenți*: pneumococi, streptococi hemolitici, *H influenzae*. În acest tip de recidive se izolează mai des germeni ca stafilococii hemolitici și bacili gramnegativi, care sînt sensibili la puține antibiotice. Tratamentele repetate sau îndelungate cu antibiotice creează o prevalență a acestora în flora bronșică și rămîn sensibili numai la antibiotice ca polimixina, care poate fi administrată fără pericole și un timp mai lung prin aerosoli. Majoritatea ciupercilor nu sînt sensibile la antibioticele uzuale; excepție fac nocardioza, care răspunde la un tratament precoce cu sulfamide și actinomicoza, foarte sensibilă la penicilină.

În pneumonopatiile îndelung tratate cu antibiotice întîlnim adesea o floră mixtă, reprezentată mai ales prin stafilococi, bacili gramnegativi și *Monilia*; nu putem fi siguri că prelungirea și agravarea bolii sînt totdeauna în legătură cu prezența acestor microorganisme.

Tratamentul cu aerosoli. Antibioticele administrate parenteral sau *per os* nu pot realiza uneori concentrații suficiente în leziune, din cauza proceselor inflamatorii sau scleroase. Aerosolii pot ajuta în acest caz în asociere cu antibiotice *per os* sau parenteral); se poate administra penicilină, Ampicilină, streptomicină, tetraciclină, cloramfenicol, polimixină.

Tehnica: aer călduț sau oxigen sub presiune printr-un aparat special; soluția de antibiotice va fi vehiculată de către 6—8 litri oxigen/min. Se admite că pentru dispersarea a 1 ml soluție, sînt necesare 15 minute. Aparatul va fi reglat pentru producerea unor aerosoli de 2—3 μ, care pot ajunge pînă în bronhii și realizează aici o concentrație suficientă. Gura și orificiile nazale vor fi bine izolate cu masca. Soluțiile: penicilină 100 000—300 000 u./1 ml apă distilată și pentru o ședință; aplicația se repetă de 4 ori/24 ore, eventual în asociere cu streptomicină 200 mg/0,5—1 ml apă distilată și pentru o ședință. Tetraciclinele sau cloramfenicolul se administrează în doză de 100 mg/1 ml apă distilată pentru o ședință, repetată de 3—4 ori/24 ore. În cazul polimixinei se folosesc 25 mg/1 ml apă distilată pentru o ședință; doza se repetă de 2—3 ori/24 ore.

Durata tratamentului antiinfecțios este variabilă; din moment ce s-a instituit o schemă de tratament, ea va fi menținută cel puțin 2 săptămîni. În mucoviscidoză se recomandă tratament permanent sau intermitent, timp de ani de-a rîndul.

Tratamentul cu fermenți. Modificările profunde și prelungite din arborele respirator, secrețiile abundente și vîscoase care stagnează și obstruează căile respiratorii inferioare sînt factori frecvenți în atelectazii și în pneumonopatiile

Scanned with OKEN Scanner

prelungite și cronice. Ele favorizează atelectazia, infecția, staza, hipoxia, și stînjenesc accesibilitatea antibioticelor în bronhii și în focarele parenchimatoase. De aceea s-au folosit fermenți ale căror rezultate sînt încă în discuție.

Tripsina are, de exemplu, un efect proteolitic asupra proteinelor, mucinei și fibrinei, favorizînd expectorația.

Fermenții sînt administrați sub formă de aerosoli sau în instilații bronșice; lichefierea secrețiilor bronșice nu este îndeajuns de constantă. Tripsina a fost utilizată cu rezultate bune și pe cale intramusculară, dar determină dureri foarte mari la locul de injecție. Se citează frecvent și alte reacții neplăcute, ca: înroșirea feței, dispnee în timpul administrării, o iritație locală a căilor respiratorii.

Tratamentul cu tripsină a fost uneori urmat de metaplazia și diskeratoza epiteliului bronșic. S-au citat cazuri de pneumotorax spontan, cu toate urmările neplăcute care pot decurge din aceasta.

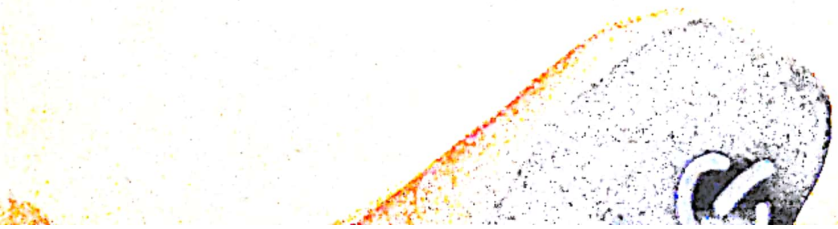
Tripsina este folosită pentru aerosoli în doză de 50—125 mg dizolvată în 5 ml soluție fosfat tamponat la pH 7, la care se adaugă extemporaneu 5 picături de adrenalină sol. $1‰$, sau 1—2 picături Novodrin; se practică 2 ședințe/zi. Tratamentul este scurt, 2 zile, și dă de obicei rezultate excelente sfacelurile și secrețiile purulente endobronșice se evacuează, flora microbiană din bronhii dispare sau scade mult; țesuturile sănătoase sînt respectate. Tripsina poate favoriza o descărcare de histamină; de aceea, în timpul tratamentului, se recomandă asocierea de antihistaminice.

Tyloxapol dă rezultate bune.

Tratamentul cu substanțe bronhodilatatorii. Bronhospasmul și emfizemul obstructiv sînt favorabil influențate de aerosoli sau de administrarea parenterală a unor substanțe bronhodilatatorii. Majoritatea acestora sînt simpatomimetice, derivați ai adrenalinei a căror acțiune bronhodilatatorie este mai puternică decît a acesteia, dar sînt lipsiți de acțiunea ei vasoconstrictivă și hipertensivă. Substanța cea mai folosită este Novodrin, în sol. $1‰$; ea poate fi înlocuită cu efedrină în sol. 3%. Substanțele musculotrope, derivați purinici, au o acțiune antispasmodică și bronhodilatatorie foarte evidentă, care se exercită direct pe mușchiul bronșic și nu determină fenomene neplăcute generale. Produsul Miofilin se folosește în concentrație de 3—5%. Administrarea a două substanțe din tipurile citate simultan provoacă — printr-o adevărată potențializare — un efect superior sumei efectelor obținute de fiecare produs, dacă ar fi utilizat separat și în doze similare. Adăugînd efedrină sau Novodrin la antibioticele nebulizate în arborele respirator, ventilația pulmonară sporește considerabil.

Acțiuni mecanice asupra bronhiilor. Drenajul postural intră în discuție la copii mai mari; rezultatele sînt de altfel neregulate chiar la vîrstele mai mari. Aspirația bronhoscopică a secrețiilor mucopurulente poate fi urmată de efecte importante, mai ales în atelectaziile datorite secrețiilor aderente și unui edem localizat. Rezultatele sînt reduse în fibroza chistică a pancreasului.

Terapia imunologică. Injecțiile de γ-globuline sînt indicate la fiecare 4 săptămîni în agammaglobulinemii; rezultatele nu sînt evidente în procesele pulmonare prelungite și cronice de altă etiologie. Autovaccinurile bacte-



riene nu dau rezultate în infecţiile cronice pulmonare. Transfuziile pot fi folositoare: 5—10 ml/kg, repetat la fiecare (4)—7 zile, timp de 1—1 1/2 lună.

Infecţiile bronhopulmonare cronice şi recidivante necesită prin urmare un complex de teste diagnostice şi de acte terapeutice. Schema de tratament va fi strict individualizată, în special pe baza unui examen bacteriologic fin, repetat des în cursul tratamentului.

TRATAMENTUL ASTMULUI BRONŞIC

Astmul bronşic se manifestă la copii sub trei forme principale: criza veritabilă de astm, bronşita astmatică acută şi tusea astmatică (S. Kraepelien), manifestări care pot alterna la acelaşi copil; astmul cronic este rar.

Diagnosticul diferenţial al crizei veritabile de astm se face cu bronşiolita, bronhopneumonia, pneumoniile interstiţiale virotice, astmul cardiac etc.

Diagnosticul diferenţial al bronşitei astmatice acute se face cu; traheobronşita bacterială acută, bronşiolita, pneumoniile interstiţiale virotice, compresiunile extrinsece şi intrinsece ale traheii şi bronhiilor principale, tusea convulsivă, bronhotetania etc.

Diagnosticul diferenţial al tusei astmatice se face cu: rinofaringita, adenoidita etc

TRATAMENTUL CRIZEI DE ASTM

Criza de astm este datorită obstrucţiei bronşice, care are 3 componente majore: bronhospasmul, edemul mucoasei bronşice şi hipersecreţia de mucus; acestea au drept urmare o hipoventilaţie alveolară secundară. Dacă deficitul ventilator este important şi prelungit, survine acidoza, agravată de hipoxie şi deshidratare.

Obiectivele terapeuticei în criza de astm sînt: obţinerea rapidă a unei bronhodilataţii durabile, scăderea edemului bronşic şi evacuarea (fluidificarea) mucusului acumulat. Hipoventilaţia alveolară şi repercusiunea sa metabolică sînt evitate sau atenuate dacă intervenţia terapeutică este corectă.

Bronhodilataţia. Spasmul bronşic pare să fie primul factor responsabil de simptomatologia astmului acut.

Inhalaţia aerosolilor de isoproterenol (Novodrin) poate înlătura rapid un spasm uşor — stadiul 1 (dispnee minimă, mai ales expiratorie şi raluri sibilante perceptibile numai în expiraţia forţată) sau un spasm moderat — stadiul al 2-lea (raluri sibilante perceptibile în ambii timpi respiratori şi dispnee discretă).

Injecţia subcutanată cu adrenalină, sol. 1% este necesară la formele mai severe — stadiul al 3-lea — cînd agravarea bronhospasmului şi creşterea edemului local se traduc printr-o dispnee marcată, cu predominanţă expiratorie, iar pe lîngă ralurile sibilante clasice se aud acum şi raluri umede, difuze, de intensitate variabilă, datorită acumulării de mucus încă relativ fluid.

Posologia adrenalinei în criza de astm: din sol. $1‰$, 0,01 ml/kg/doză sau 0,3 ml/M^2/doză, ceea ce corespunde de obicei cu 0,1—0,3 ml din sol. $1‰$, după vîrstă (maximum 0,5 ml). Soluţia se va injecta încet.

Răspunsul favorabil la adrenalină reprezintă chiar un test diagnostic pentru astm.

Scanned with OKEN Scanner

Injecția poate fi repetată de 2—3 ori la (15')—20'—30' interval; dacă nu are efect, este inutil să perseverăm cu acest drog, care poate deveni și un pericol.

Este probabil că acidoza, chiar ușoară, ar fi responsabilă de rezistența la adrenalină.

Rezultate similare pot fi obținute cu Dispezin.

În crizele ușoare de astm ale copiilor peste 7 ani pot fi obținute rezultate bune cu Aludrin (Bronhodilatin), administrat cît mai precoce.

În formele ușoare putem înlocui adrenalina cu efedrină, a cărei acțiune este mai puțin promptă, mai blîndă, dar în același timp mai durabilă; poate fi administrată *per os*.

Aminofilina și teofilina sînt puternice bronhodilatatoare. Efectul apare în aproximativ 30 minute după administrarea bucală (teofilina) sau rectală (aminofilina) și este durabil; doza poate fi repetată după 6—8 ore. Aceste derivate xantice sînt indicate mai ales la vîrsta școlară, din cauza accidentelor care pot surveni lesne la copii mici. În bronșiolită și pneumoniile din prima copilărie sînt deseori pregnante unele simptome, caracteristice pentru astmul copilului mare și al adultului (*Wheezing* — dispnee cu predominanță expiratorie, raluri sibilante diseminate și care se aud în ambii timpi respiratori). Această similitudine semiologică nu trebuie extinsă și în ceea ce privește medicația teofilinică. La copiii cu bronșiolită și pneumonii interstițiale virotice există o oarecare deshidratare, pentru că ei beau de obicei mai puțină lichide și în schimb pierderile lor hidrice sînt exagerate (polipnee etc.). Pe de altă parte, aminofilina și teofilina au și o marcată acțiune diuretică. Aportul redus de lichide și diureza crescută, determinate de aminofilină sau teofilină, favorizează deci intoxicația la vîrstă mică. Din aceste motive, aminofilina și teofilina vor fi folosite numai în astm și numai la copiii peste 3—4 ani, îndeosebi la cei de vîrstă școlară.

Posologia trebuie strict respectată.

Repetăm aici că se pot produce intoxicații, indiferent de calea de administrare, dacă se depășește doza terapeutică. Intoxicația poate fi mortală. Administrarea pe cale rectală favorizează îndeosebi intoxicația, mai ales dacă se administrează concomitent și pe alte căi (*per os*, i.v.); la fel de periculoase pot fi injecțiile i.v., dacă nu se respectă măsurile indicate.

Antibioticele sînt necesare din cauza infecției, mai totdeauna prezentă. Este greu de precizat la fiecare bolnav în parte dacă infecția este primară sau secundară; ori cum ar fi, vom recomanda de la început antibioticele.

În cazurile ușoare sînt mai indicate sulfamidele ca Neoxazol, Dulana. Penicilina cristalizată (la 6 ore) sau tetraciclina vor fi utilizate în formele medii și grave; preferința multor specialiști se îndreaptă către tetracicline: Sigmamycin, Geomycin, Tetraciclină complex, Tetraciclină drajeuri.

De cîte ori este posibil, administrarea antibioticului va fi precedată de recoltarea sputei pentru examen citobacteriologic, culturi și testarea sensibilității la antibiotice; rezultatele pot fi utilizate dacă primul antibiotic nu a dat rezultate satisfăcătoare. Antibioticele sînt obligatorii, dacă administrăm corticoizi. Posibilitatea alergiei la penicilină va fi luată în considerație la acești copii alergici.

Scanned with OKEN Scanner

Expectorantele. Copilul va fi încurajat să bea lichide multe pentru că hidratarea largă este cel mai bun fluidifiant al secreţiilor, deci şi cel mai bun expectorant, fapt important într-o boală ale cărei secreţii mucoase sînt groase şi aderente. Iodura de potasiu este preconizată de unii autori pentru că ar favoriza fluidificarea secreţiilor; gaiacolul, clorura de amoniu pot fi utile, dar mai ales în faza postcritică.

Deşi teoretic antihistaminicele ar trebui să fie eficace asupra edemului mucoasei bronşice, utilizarea lor nu a fost urmată de succes în astm. Dimpotrivă, ele *usucă mucoasa bronşică* (efect atropinic); majoritatea lor *usucă* şi *îngroaşe secreţiile bronşice*, care sînt şi aşa deosebit de groase, vîscoase şi aderente în această boală. Copilul mare va fi încurajat să-şi facă drenajul secreţiilor bronşice prin expectoraţie voluntară.

Corticoizii sînt recomandaţi dacă celelalte măsuri au dat greş. Unii sînt mai puţin restrictivi şi îi recomandăm şi la crize medii. Datorită efectului antiinflamator puternic, ei acţionează asupra componentei edematoase, asupra obstrucţiei bronşice şi reduce secundar hipersecreţia bronşică.

Vom începe cu Prednison *per os* 20—40 mg/24 ore, în 4 prize; în zilele următoare scădem foarte repede posologia cu cîte 5 mg/24 ore şi terminăm deci tratamentul în 5—10 zile. Dacă este necesară o cură mai lungă, ne oprim cîteva zile la o doză cît mai joasă de întreţinere, de obicei 5 mg/24 ore. Cura va fi în general cît mai scurtă, pentru că fenomenul de „rebound" este frecvent în astm, mai ales în curele mai lungi.

Nu recomandăm terapia de durată cu corticoizi.

Utilizarea ACTH nu a fost urmată de rezultate superioare, poate dimpotrivă.

Tratamentul stării de rău astmatic. Cînd dispneea devine şi mai severă, apare şi cianoza, s t a d i u l a l 4 - l e a (starea de rău astmatică), la un copil care nu mai răspunde la adrenalină. Spitalizarea este obligatorie şi se vor lua de urgenţă măsuri care să acţioneze asupra tuturor factorilor responsabili ai crizelor de astm, îndeosebi asupra edemului şi hipersecreţiei mucoaselor.

Hidratarea parenterală prin perfuzie intravenoasă glucosalină va compensa deficitul, va acoperi nevoile hidroelectrolitice şi va fluidifica secreţiile, oferind totodată şi posibilitatea administrării concomitente de cortizon.

Corticoizii se recomandă mai ales sub forma iniţială a unei perfuzii cu hemisuccinat de hidrocortizon sau Urbason 40—100 mg, repetată eventual de 1—2 ori la cîte 4—6 ore. După aceea se instituie tratamentul cu Prednison *per os*,

Aminofilina în injecţii i.v. este din ce în ce mai mult înlocuită prin corticoizi.

Fizioterapia şi drenajul mucozităţilor pot fi utilizate prin drenajul de postură sau prin aspiraţia endotraheală. Intubaţia traheală, aspiraţia secreţiilor cu ajutorul bronhoscopului sau chiar o traheotomie pot fi uneori indicate pentru evacuarea eficace a secreţiilor şi asigurarea ventilaţiei deficitare. Atmosfera umedă sub cort ajută de asemenea fluidificarea mucusului. Hipoxia poate fi combătută şi prin administrarea prudentă de oxigen: se va administra intermitent, cu debitul de 6—8 litri/min.

Mucoliticele (Tyloxapol) dau rezultate bune.

Scanned with OKEN Scanner

În comparaţie cu terapeutica crizei de astm, conduita este acum mai dificilă şi rezultatele sînt mai slabe.

Examenele paraclinice sînt cele impuse de cazul respectiv, conform şi eventualităţilor descrise mai jos:

1. *Încercări de a înlătura cauza astmului.* Îndepărtarea factorilor de mediu (declanşatori extrinseci), care provoacă criza de astm (îndeosebi după anamneză, pentru că rezultatele testelor cutanate sînt de multe ori neconcludente) praf, lînă, pene, păr de pisică sau cîine, anumite alimente. În afara prafului şi a miceliilor din praf, celelalte eventualităţi sînt rare.

Asanarea focarelor infecţioase (vegetaţii, amigdale, sinusuri). Indicaţia de amigdalectomie trebuie bine chibzuită.

Tratamentul parazitozelor, tuberculozei.

2. *Desensibilizare specifică.* Prepararea şi administrarea unui autovaccin polivalent din secreţiile rinofaringiene şi/sau spută reprezintă o terapeutică lungă, cu rezultate inegale.

3. *Schimbarea mediului, climatoterapia* este o metodă foarte eficace, care poate înlătura durabil astmul: sînt necesare cel puţin 3—4 luni, preferabil 6—12 luni, în climă alpină sau maritimă.

4. *Psihoterapia* nu va fi niciodată neglijată, fiind foarte importantă în anumite familii şi la unii bolnavi al căror astm are o însemnătate nevrotică.

5. *Alte măsuri:* — călire, cură în aer liber, raze ultraviolete; reglementarea alimentaţiei (se va evita supraalimentaţia, se vor îngrădi întrucîtva proteinele animale şi grăsimile, hrana va fi hiposodată, bogată în vitamine, cu o predominanţă a zarzavaturilor şi fructelor); calciu (lactic, gluconic, clorură) 3—5 g/zi, cîteva luni în şir; unii specialişti se îndoiesc de rezultatul acestei cure; gimnastică respiratorie, mai ales în caz de emfizem.

Profilaxie. Dat fiind frecvenţa factorilor infecţioşi în geneza astmului la copiii mici şi locul astmului în cadrul diatezei exsudative, vom acorda o deosebită atenţie călirii, tratamentului corect şi profilaxiei infecţiilor respiratorii, asanării focarelor infecţioase la copii, dar mai ales la cei diatezici şi/sau la cei care au suferit de alte boli alergice.

TRATAMENTUL PNEUMOTORAXULUI SPONTAN

La nou-născut. Pneumotoraxul latent se vindecă spontan prin resorbţia treptată a aerului.

În formele întinse şi cu componentă asfixică se recomandă puncţie decompresivă cu aspiraţia treptată şi prudentă a aerului; se administrează antibiotice ca şi în atelectazia congenitală şi analeptice. În aceste cazuri, prognosticul este rezervat sau grav, deşi şi aici poate surveni vindecarea, chiar spontan. Copilul poate muri prin asfixie progresivă sau prin suprainfectare.

Scanned with OKEN Scanner

Pneumotoraxul poate fi evitat în cursul manevrelor de reanimare, dacă insuflația cu oxigen se face sub controlul unui aparat care controlează presiunea O_2 și nu permite depășirea limitei de 17 mm Hg.

La sugar, pneumotoraxul spontan este de obicei o complicație a pneumoniei stafilococice (piopneumotorax și/sau cu ventil de obicei), a pneumonopatiilor din rujeolă, tuse convulsivă, gripă (etiologia este de obiecei tot stafilococică), după traheotomie, manevre endoscopice, puncții în artera subclavie etc.

La copil. Pe lîngă cauzele citate la sugar, traumatismul toracic și tuberculoza pot interveni la copilul mare.

Tratamentul va fi în funcție de boala provocatoare. Decompresiunea se impune (p. 62.) cînd inima și mediastinul sînt mult deplasate și hipoxia este evidentă, în pneumotoraxul cu ventil și hipoxie etc. Piopneumotoraxul impune tratamentul chirurgical al pleureziei purulente stafilococice.

Tratament simptomatic: Fenobarbital (sedare), oxigen (hipoxie), Digoxină sau strofantină (insuficiență cardiacă). Toate sînt numai paliative și, alături de tratamentul de fond al bolii, doar decompresiunea poate ușura durabil starea bolnavului.

TRATAMENTUL PLEUREZIILOR

Bolile pleurei sînt destul de frecvente la sugari și copii. În unele împrejurări, ele au numai semnificația de localizare a unui alt proces; în aceste cazuri nu se impune un tratament adresat localizării pleurale (pleurezia serofibrinoasă din pneumonia pneumococică, pleurezia din reumatismul Bouillaud). În alte cazuri este necesar un tratament complex, aplicat de urgență (pleurezia purulentă stafilococică).

Diagnostic: examen clinic, examen radiologic, puncție exploratorie (examene chimice, citologice și bacteriologice), alte examene paraclinice impuse de caz.

Pleureziile serofibrinoase corespund de obicei unei boli a organelor subiacente (respectiv plămînilor); cu toate acestea, în unele cazuri, ele pot fi manifestarea unei boli mai generale, ca reumatismul sau lupusul eritematos.

Cele mai frecvent întîlnite sînt: *pleurezia serofibrinoasă tuberculoasă* (tratamentul precoce al primoinfecției tuberculoase face ca acestă pleurezie să fie mai rar observată în ultimii ani) și *pleurezia serofibrinoasă parapneumonică* (p 65.)

O dată ce s-a stabilit diagnosticul bolii care a generat pleurezia, este suficient de cele mai multe ori *tratamentul bolii de bază.*

Rareori mai sînt necesare:

— toracocenteză, în cazul cînd exsudatul pleural determină semne de compresiune (dacă lichidul se reface repede, se ridică problema unui proces malign intratoracic sau a unui absces subdiafragmatic);

— administrarea de acid acetilsalicilic sau de codeină (1—2 zile) în cazurile însoțite de junghi puternic;

— administrarea de fenilbutazonă (sau preparate cortizonice?) pentru accelerarea resorbției revărsatului (numai în cazurile în care indicația a fost bine precizată).

Scanned with OKEN Scanner

Pleureziile purulente. Frecvența acestor pleureziil a scăzut considerabil în ultima vreme datorită tratamentului eficace al pneumoniilor bacteriene.

Etiologia: la vîrsta de sugar, domină stafilococii; mai rar se constată bacili gramnegativi (*H. influenzae*, piocianic). Pleurezia purulentă pneumococică este întîlnită numai la unii copii mai mari cu pneumonie, aduși tîrziu la tratament.

Pentru tratament, vezi pneumonia stafilococică, pneumonia pneumococică și complicația pleurală respectivă.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL BOLILOR DE SÎNGE

TRATAMENTUL ANEMIILOR

Tratamentul anemiilor se bazează pe *diagnosticul hematologic exact, pe etiologie, pe patogenie etc.*

TRATAMENTUL ANEMIILOR DATORITE FORMĂRII INSUFICIENTE DE HEMATII SAU DE HEMOGLOBINĂ

TRATAMENTUL ANEMIEI HIPOPLASTICE CONGENITALE (BLACKFAN-DIAMOND)

În acestă formă de anemie se pot obține rezultate bune, dacă *diagnosticul este precoce și se începe imediat tratamentul cu corticosteroizi.*

Se va prescrie: Prednison 2 mg/kg/24 ore, în prize la 6 ore (dacă rezultatele nu sînt bune în două sptămîni se trece la ACTH retard, 20—40mg/24 ore). Cînd titrul hemoglobinei revine la normal, scădem treptat doza de Δ-cortizon pînă la cantitatea cea mai mică (2—5 mg o dată la două zile) care poate menține hemoglobina la 9—10%. Efecte mai bune se observă la copii mai mici.

Pînă ce bolnavul răspunde la corticoizi, se vor face transfuzii cu sînge total sau mai bine cu masă eritrocitară, la intervalele impuse de menținerea unui nivel de cel puțin 6% (40%) hemoglobină. La acești bolnavi sînt de temut accidente transfuzionale și hemosideroza.

Diatermia pe oasele lungi și stern ar determina un răspuns eritropoietic temporar; poate fi repetată ori de cîte ori este necesar.

Splenectomia, vitamina B_{12}, fierul, acidul folic, cobaltul nu au efect.

TRATAMENTUL ANEMIILOR APLASTICE

Din punct de vedere al etiologiei, anemiile aplastice pot fi:

1. De origine *genetică*: anemia aplastică congenitală (Fanconi).

Scanned with OKEN Scanner

2. Datorite *agenţilor fizici şi chimici*:

— în funcţie de doză: radiaţii ionizante, radium, citostatice, uretan;

— prin *sensibilizare* (dar şi în funcţie de doză) la medicamente (cloramfenicol, sulfamide, hidantoină, meprobamat, trimetadionă, bismut, mercur, derivaţi arsenicali organici, săruri de aur, clorpromazină, unele antihistaminice, streptomicină etc. sau substanţe chimice: vopsele, lacuri, unele hidrocarburi, insecticide ca DDT etc.).

3. Datorite *infecţiilor*; numai în perioada de nou-născut (sifilis congenital, toxoplasmoză, boala incluziilor citomegalice etc.).

4. Anemii aplastice *mieloftizice* (leucoze, mielom, osteopetroză, boala Hodgkin, xantomatoze, metastaze canceroase).

5. *Idiopatice* (de cele mai multe ori datorite tot leucemiei sau unor agenţi mielotoxici fizici, medicamentoşi sau chimici neidentificaţi).

Deşi aplazia sau hipoplazia se poate limita la seria roşie, asocierea unei leucopenii şi/sau trombocitopenii este frecventă (în acest caz, transfuziile vor fi făcute cu sînge proaspăt sau cu sînge citratat păstrat în vase siliconate).

Terapeutica se va centra pe:

a) *Înlăturarea agenţilor mielotoxici.*

b) *Prevenirea şi tratamentul simptomelor.*

α) *Anemia.* Mici transfuzii de masă eritrocitară pentru obţinerea unor niveluri de cel puţin 7,50 g % (50%) hemoglobină sînt necesare în prezenţa unor tulburări clinice ca tahicardie, somnolenţă, agitaţie etc.

β) *Prevenirea şi combaterea manifestărilor hemoragice* (frecvent cauza imediată a morţii); acestea reflectă de obicei o trombocitopenie. Anumite hemoragii (epistaxis) vor fi oprite prin măsuri locale.

Se va administra Prednison 0,5 -1 mg/kg/24 ore; cînd hemoglobina ajunge la normal (creşterea este foarte lentă), doza poate fi treptat scăzută pînă la doza minimă care menţine hemoglobina la 9—10 g (chiar 5 mg Prednison o dată/săptămînă).

Se mai pot practica transfuzii cu masă trombocitară, care vor fi rezervate hemoragiilor foarte întinse (gastrointestinale) sau cu un anumit sediu (craniu, plămîn).

γ) *Prevenirea şi combaterea infecţiilor* (frecvent cauza imediată a morţii). Bolnavii vor fi izolaţi, pentru a reduce posibilităţile de contact cu alte infecţii. Antibioticele nu vor fi folosite profilactic. Cînd bănuim o infecţie se practică culturi cu antibiogramă şi se aplică tratamentul indicat de acestea; pînă ce avem răspunsul la analize, începem imediat cu penicilină sau Ampicilină şi/sau tetraciclină *per os* sau intravenos (cloramfenicolul şi sulfamidele sînt interzise) şi γ-globuline.

c) *Încercări de a provoca regenerarea medulară.* Testosteronul reprezintă un progres faţă de Δ-cortizon şi transfuzii, cu care trebuie de altfel asociat. Dacă terapia de mai sus nu a dat rezultate în primele 3—(6) luni de tratament (unii nu aşteaptă acest termen), se va administra Testosteron timp de luni de-a rîndul (2—3) pînă ce Hb urcă la 12—13 g%; din acest moment, dozele vor fi scăzute treptat (eventual se va menţine o doză mică de întreţinere). Rezultatele sînt mai puţin nete asupra leucocitelor şi trombocitelor. Masculinizarea provocată de acest tratament dispare treptat după oprirea tratamentului (Δ-cortizonul este de altfel un antagonist al androgenilor).

Scanned with OKEN Scanner

Asocierea corticosteroizilor cu androgenii poate provoca hipertensiune intracraniană, care cedează repede la hidroclorotiazidă (Nefrix, Lasix) sau la diuretice mercuriale.

d) Vom evita injecțiile; pe cît posibil, tot tratamentul va fi administrat *pe cale orală*.

e) Indicația unei transfuzii de măduvă osoasă va fi discutată cu specialiștii hematologi.

f) Fierul, vitaminele B_6 și B_{12}, extractul hepatic sînt ineficace.

TRATAMENTUL ANEMIEI DIN INFECȚII

Anemia din infecțiile acute poate prezenta uneori o importanță deosebită, prin existența unei componente hemolitice; în schimb, anemia din infecțiile cronice este de obicei moderată.

Terapeutica se bazează pe combaterea infecției respective și pe o alimentație echilibrată.

Transfuziile au un efect trecător și rar este justificat pericolul acestora. În anemiile din infecțiile cronice tratate cu fier există riscul ca acesta, mai ales administrat pe cale parenterală, să se acumuleze (hemosideroză).

TRATAMENTUL ANEMIEI DIN NEFRITA CRONICĂ

Se obțin rezultate trecătoare prin transfuzii de 5—10 ml/kg, dacă hemoglobina este foarte scăzută. Nu răspunde la fier, vitamină B_{12}, extracte hepatice.

TRATAMENTUL ANEMIILOR MEGALOBLASTICE

Aceste forme sînt rare. Succesul tratamentului este dependent de identificarea cauzei. Patogenia este legată de aportul insuficient, absorbția scăzută sau utilizarea defectuoasă a acidului folic sau a vitaminei B_{12}. Copiii suferă mai des de o deficiență de acid folic. Factorii etiologici respectivi pot fi identificați printr-o anamneză minuțioasă. Dăm mai jos clasificația lor etiologică (după N. J. Smith, V. C. Vaughan III și L. K. Diamond):

1. anemia megaloblastică la sugari;
2. anemia pernicioasă juvenilă;
3. anemia megaloblastică de origine intestinală (celiachie, mucoviscidoză, infecții, infestații parazitare intestinale — botriocefaloză —, rezecții intestinale etc.);
4. anemia megaloblastică de origine metabolică (boli cronice hepatice, rar în leucemia acută);
5. alte tipuri: a) prin medicamente care interferează cu utilizarea acidului folic, ca: hidantonina, primidona (Sertan, Majsolin), methotrexat; b) prin hipoparatiroidie cronică; c) prin moniliază.

Anemia megaloblastică a sugarilor apare mai des în al doilea semestru de viață, adesea la cei născuți prematur, care au avut un aport insuficient de acid folic (lapte de capră) și/sau de acid ascorbic și la care se asociază și o boală

Scanned with OKEN Scanner

(diaree, distrofie severă etc.), din cauza căreia cresc nevoile sau scade absorbţia de acid folic. Ca tratament se recomandă acid folic şi acid ascorbic (vezi mai jos), precum şi corectarea factorilor adjuvanţi.

În **anemia pernicioasă** se va adminstra vitamina B_{12} parenteral, în doză totală de 1 000—5 000 γ în primele 2—4 săptămîni, deci cîte (200)—100 γ i.m./zi; alţi autori recomandă numai 15 γ i.m. la 1—2 zile, timp de 1—3 săptămîni. Se va practica un tratament de întreţinere în tot restul vieţii: 2 γ/zi, sub forma unei injecţii, cu doza globală corespunzătoare la fiecare 1—2 luni (100 γ, o dată la două luni).

În **celelalte anemii megaloblastice**: corectarea factorilor provocatori. Acid folic 10—20 mg/zi, în 3—4 prize, timp de 7—14 zile, după care doza poate fi scăzută la 5 mg/zi. Acid ascorbic (cantităţile mari de vitamină C scad necesităţile în acid folic): 200—400 mg/zi, pînă la o doză totală de 2—3 g, urmată de doza de întreţinere. Ficat crud în alimentaţia corespunzătoare vîrstei şi stărilor care au provocat anemia. Transfuziile au indicaţii rare (infecţii acute, tulburări cardiace). Vitamina B_{12}: 2—3 injecţii a 15 γ pot fi suficiente, deşi de obicei sînt ineficace. Fier în faza de reparaţie.

TRATAMENTUL ANEMIEI FERIPRIVE

Este o boală frecventă, căreia nu i se acordă totdeauna importanţa cuvenită.

Se va stabili de la început măsura în care deficitul de fier este rezultatul aportului alimentar insuficient, defectelor de absorbţie sau pierderilor exagerate. La copiii care nu s-au născut prematuri şi nu au sîngerat înainte sau după expulsie, cauza obişnuită a acestei anemii este *carenţa de fier — adică lipsa alimentelor bogate în fier.*

Tratamentul anemiei feriprive se bazează pe administrarea de fier. Această terapeutică este reglementată de cîteva principii privind absorbţia şi utilizarea fierului:

— anemia feriprivă necomplicată răspunde *numai* la fier;

— terapeutica marţială orală este calea de elecţie (dacă nu sînt contraindicaţii), iar doza zilnică va fi împărţită în 2—3 prize;

— fierul se absoarbe sub formă bivalentă, feroasă (s-au preparat şi forme trivalente asimilabile — Ferrum Haussman);

— fierul se absoarbe mai bine la distanţă de mese, cînd stomacul este gol, pentru că fosforul conţinut în fosfaţi (lapte şi derivate lactate) şi în fitaţi (cereale) formează săruri insolubile cu fierul (unii susţin că absorbţia fierului este bună şi pe stomacul plin la copiii care au o deficienţă importantă în fier);

— fenomenele secundare sînt mai reduse cînd administrarea se face pe stomacul plin;

— majoritatea fierului ingerat se absoarbe în intestinul subţire; procentul absorbţiei este dependent de cantitatea de fier feros disponibilă pentru absorbţie şi de durata tranzitului în acest segment intestinal;

— fierul bivalent este oxidat în contact cu aerul, de aceea va fi administrat în drajeuri sau protejat de oxidare prin acizi (acid clorhidric şi acid ascorbic);

— *aportul de fier este ineficace dacă nu sînt înlăturaţi factorii etiologici*

Scanned with OKEN Scanner

Este calea de elecție pentru administrarea fierului.

Posologia. Cantitatea de fier este în funcție de:

a) *fierul elementar disponibil* în produsul respectiv (diferitele săruri feroase au concentrații variate de fier elementar) și b) *greutatea copilului.*

Deși nu există unanimitate, cele mai multe opinii recomandă în prezent *la sugari și copii mici* 4—6 mg fier elementar/kg/zi; fiecare priză nu va întrece 1,5—2 mg/kg.

La copii mai mari nu există o posologie tot atît de bine precizată ca în prima copilărie; în orice caz, dozele sînt comparativ mai mici decît la sugari, pentru că, prin comparație, răspunsul maxim eritropoietic la adult poate fi obținut cu 180—240 mg fier elementar/zi (un drajeu Tonofer = 60 mg fier elementar). Prin urmare, pentru adult sînt necesare 3—4 drajeuri Tonofer a 0,30 g sulfat feros/zi. Doza eficace zilnică la copiii preșcolari și școlari va fi de 1—3 drajeuri Tonofer/zi.

Dozele citate sînt bine tolerate, bine absorbite și corespund ritmului în care copilul poate sintetiza hemoglobina. Toleranța este ameliorată dacă se începe tratamentul cu doze mai mici și/sau mai puține prize/zi, în timpul meselor.

Sulfatul feros este sarea de elecție; are conținut mare de fier elementar (aproximativ 20%) și este bine tolerat. În contact cu aerul se degradează în sulfat bazic de fier, prin urmare, trebuie ferit de aer și protejat prin acizi, substanțe reductoare (acidul ascorbic), drajeuri enterosolubile (Tonofer) sau poțiuni ca siropul recomandat de Debré și Lelong: *Rp. Ferrum sulfuricum cryst.* 2—3 g, *Acidum ascorbicum* 0,75—1 g, *Sirupus simplex* 70 g, *Aqua destill. ad* 100 ml; deci 1 linguriță din concentrația 2% = 0,10 g sulfat feros = 20 mg fier elementar, iar 1 linguriță din concentrația 3% = 0,15 g sulfat feros = 30 mg fier elementar.

Copiilor mari li se vor prescrie drajeuri de Tonofer, pe care le vor lua întregi, iar celor mici sirop sau alte forme de fier (vezi mai jos).

Fumaratul feros (Feronat Spofa) este tot atît de activ ca sulfatul feros; concentrația sa în fier-metal este importantă (aproximativ 30%) are stabilitate mare și este lipsit de gust neplăcut din cauza insolubilității în apă (sub 0,14%). În mediul gastric se solubilizează totuși și devine fier feric care se resoarbe într-o proporție foarte importantă, iar efectele secundare gastrointestinale, greață, constipație sînt reduse la minimum.

Gluconatul feros are o concentrație de 12% în fier elementar și este bine tolerat; din acest punct de vedere arată o ușoară superioritate față de sulfatul feros. Produsul Neoanemovit conține 3 g% fier (1 linguriță = 0,15 g gluconat feros = 18 mg fier elementar). Dacă vehiculul (siropul) este tolerat, poate fi administrat în doze corespunzătoare greutății la copii peste 2 ani; unii îl recomandă și la copii mai mici. Cura nu va fi lungă, deoarece *cobaltul din Neoanemovit poate determina accidente.*

Fierul redus este transformat în stomac sub influența acidului clorhidric în clorură feroasă solubilă. *Are o resorbție foarte redusă,* de aceea sînt necesare doze foarte mari. Este puțin utilizat în prezent. Unii îl recomandă la toate vîrstele, alții numai la copii mari.

Scanned with OKEN Scanner

Produsul se administrează după mese, preferabil în pilule sau cașete. Dacă este administrat vreme îndelungată în pulbere sau sirop și intră deci în atingere cu dinții, are tendința să-i înnegrească, pentrucă interacțiunea dintre fier și hidrosulfurile care pot fi prezente în cavitatea bucală (dinți cariați) determină formarea sulfurii de fier; de aceea se recomandă la copii mai mari să-și clătească bine gura (să spele dinții) după ce au luat fierul sau să-l sugă cu un pai.

Se va începe cu doze mai mici și se va urca treptat doza dacă toleranța este bună. Acidul clorhidric din sucul gastric este factorul esențial al dizolvării și absorbției fierului redus. De aceea, acidul clorhidric poate fi prescris pentru ameliorarea absorbției și este obligatoriu în caz de hipoclorhidrie. Acidul ascorbic (0,10—0,20 g/1 g fier redus) ameliorează de asemenea absorbția produsului. Nu este un acord absolut asupra posologiei. Recomandăm 0,10 g 3/zi la sugarii de 6—12 luni (se va tatona toleranța).

Răspunsul la tratamentul cu fier este prompt: hemoglobina crește cu cu 0,1—0,3 g/zi în primele 2—3 săptămîni; după aceea, concentrația crește mai încet. Dacă hemoglobina nu a crescut cu două g în primele 3 săptămîni (sau nu s-a normalizat în 4—6 săptămîni,) cauza poate fi:

— *posologia prescrisă a fost insuficientă;*
— *copilului nu i se administrează doza indicată de medic;*
— absorbția este *defectuoasă;*
— *pierderi* de sînge;
— *diagnostic incomplet sau greșit.*

Dacă răspunsul este satisfăcător, tratamentul va fi continuat pînă la normalizarea hemoglobinei (cel mult două luni) și două săptămîni după aceea.

Tratamentul parenteral cu fier

a) *Fier intramuscular.* Este indicat numai dacă diagnosticul de anemie feriprivă este ferm și dacă nu poate fi folosită calea orală; poate determina reacții toxice severe. O indicație mai netă este în anemia datorită botriocefalozei.

Posologia *(vezi* Ferrum Haussman*).*

b) Transfuziile cu sînge total (0,5 mg fier/ml sînge) sau masă eritrocitară sînt indicate numai atunci cînd hemoglobina prezintă valori sub 5 g% și/sau cînd gravitatea complicațiilor (pneumonopatii, diaree, insuficiență cardiacă etc.) pune viața în pericol; vom recomanda după aceea fier pe cale i.m. sau orală. Transfuziile sînt un *tratament de excepție,* din cauza *eficacității lor reduse,* mai ales *din cauza riscului accidentelor imediate și al hepatitei.*

Alte tratamente

Alimentația. Laptele va fi scăzut la 300—400 ml/zi și se vor administra *mese de legume și fructe* (mai ales cele bogate în fier: mere, caise, piersici, struguri, spanac, ștevie, măcriș, pătlăgele roșii, sfeclă, fasole verde, urzici, linte etc.), sub formele permise de vîrstă și particularitățile copilului; apoi gălbenuș

de ou, ficat de găină sau vită, carne, miere etc. Unii specialişti modifică imediat alimentaţia, alţii numai după o săptămînă (după ce s-a ameliorat apetitul).

Tratamentul rahitismului: atît timp cît rahitismul este activ, tratamentul cu fier nu dă rezultate satisfăcătoare.

Tratamentul infecţiilor care întreţin, agravează anemia.

Depistarea şi tratarea pierderilor de sînge care pot (provoca) întreţine şi agrava unele anemii feriprive.

Vitamina B_{12}, acidul folic şi extractele hepatice nu au indicaţii.

Profilaxie. *Prenatală*: alimentaţia gravidei va fi echilibrată şi bogată în alimente care conţin fier; se va administra Tonofer, dacă hemoglobina este scăzută.

Postnatală: *educaţia sanitară a părinţilor pentru a administra o alimentaţie corectă sugarului*, cu adaus de zeamă de fructe de la două luni şi diversificarea corespunzătoare stării copilului de la vîrsta de 3—4 luni. Sugarul normal are nevoie de 1 mg fier elementar/kg/zi.

La prematuri şi gemeni: fier începînd din luna a 3-a (30 — 45 mg fier elementar/zi, divizat în 2—3 doze, timp de 1—2—3 săptămîni, după aceea, 0,10 mg/kg/zi de-a lungul primului an de viaţă). Concentraţia în hemoglobină va fi urmărită lunar.

TRATAMENTUL ANEMIILOR DATORITE PIERDERILOR EXCESIVE DE ERITROCITE

TRATAMENTUL ANEMIILOR POSTHEMORAGICE

1. **Formele acute**: — oprirea hemoragiei (tratamentul local chirurgical);
— tratamentul şocului;
— pierderea de sînge trebuie în principiu să fie înlocuită imediat cu sînge. Dacă pierderea de sînge nu a fost mare, sînt preferaţi substituenţii artificiali de plasmă (Haemaccel, Macrodex, şi similare), care restabilesc tot atît de bine volumul sanguin pierdut şi nu prezintă riscul hepatitei transfuzionale. Reamintim că la fiecare kilogram greutate corespund aproximativ 75 ml sînge, de aceea pierderea a 100 ml poate produce şoc la un nou-născut şi este perfect tolerată de un sugar mare. Cantitatea de transfuzat este dependentă de pierderile suferite şi de posibilităţile de oprire a hemoragiei.

Anemia datorită hemoragiei acute la nou-născut (înainte, în timpul sau imediat după naştere): pierderi aparent mici pot avea urmări clinice importante. Se recomandă o transfuzie iniţială de sînge în cantitate de 10% din volumul sanguin total probabil al copilului; după aceea se repetă transfuziile în funcţie de hemoglobină (trebuie să ajungă la 11 g%). Ulterior se administrează fier (vezi profilaxia anemiei feriprive).

În hemoragiile acute din sfera ORL sînt indicate şi injecţii i.v. cu calciu gluconic 10%, Venostat, vitamina K, Dicynone.

2. **Formele cronice.** Hemoragiile oculte gastrointestinale, ca şi pierderile sanguine repetate ale copiilor cu diateze hemoragice pot produce o anemie feriprivă. Se va face tratamentul cauzal şi al anemiei feriprive.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL ANEMIILOR HEMOLITICE CORPUSCULARE CONGENITALE

Tratamentul sferocitozei ereditare (boala Minkowski-Chauffard).

Se va practica *splenectomia imediat după stabilirea diagnosticului* (pe cît posibil la vîrsta de cel puțin 4—5 ani), chiar dacă copilul nu este anemic și/sau icteric în acea perioadă, deoarece prognosticul copiilor neoperați este întunecat de suferința cronică, *„crizele aplastice"* și de litiază biliară (după ani de hemoliză).

Alte tratamente nu au efect.

În criza acută de deglobulinizare se va face perfuzie cu sînge proaspăt (hormonii corticoizi au efect trecător).

TRATAMENTUL ANEMIILOR HEMOLITICE CONGENITALE NESFEROCITARE

Tratamentul constă din transfuzii de sînge total sau de masă eritrocitară, atunci cînd hemoglobina scade sub 6 g%; riscul de hemosideroză este important (splenectomie?). Tratamentul prompt al infecțiilor intercurente.

TRATAMENTUL TALASEMIEI (ANEMIA COOLEY)

Forma majoră. În general, orice tratament este ineficace. Transfuzii (preferabil cu masă eritrocitară) numai atît cît să se mențină hemoglobina peste 6 g%. Splenectomia este indicată numai atunci cînd mărimea splinei expune la ruptură sau în caz de hipersplenism secundar. Extractul hepatic, cobaltul, fierul nu au indicații. Ultimul sporește riscul de hemosideroză. Acidul folic poate atenua întrucîtva anemia, dacă hiperactivitatea de lungă durată a eritropoiezei a scăzut rezervele de acid folic și aportul alimentar a fost insuficient.

Forma minoră nu are nevoie de tratament.

TRATAMENTUL ANEMIILOR HEMOLITICE DATORITE UNEI DEFCIENȚE A GLUCOZO-6-FOSFATDEHIDROGENAZEI

Boala apare prin contactul cu polenul leguminoasei *Vicia fava* sau administrarea unor *medicamente* ca *acid acetilsalicilic*, fenacetină, aminofenazonă, antipirină, chinină, Mepacrin, *cloramfenicol*, chinidină, *sulfamide*, *vitamină K*, albastru de metil, Probenecid etc.

Boala poate apărea în perioada de nou-născut (insuficiență tranzitorie a enzimei) sau de-a lungul copilăriei.

Tratamentul puseului acut: transfuzie.

Profilaxie: medicamentele citate mai sus vor fi evitate la nou-născut și la copii care au deficiență congenitală a enzimei respective.

TRATAMENTUL ANEMIILOR HEMOLITICE DOBÎNDITE (EXTRACORPUSCULARE PLASMATICE)

Este un grup heterogen de anemii, a căror terapeutică a devenit mai eficace în ultimii ani.

Scanned with OKEN Scanner

În tabelul 3 (modificat după J. F. Wilson) este indicată terapeutica acestor sindroame și boli:

Tabelul 3

Tratamentul anemiilor hemolitice dobîndite

Boala	Tratament	
	Specific	Adjuvant (în ordinea preferințelor)
Boala hemolitică a nou-născutului, prin incompatibilitate (mai ales prin factorul Rh)	Nu	1. Exsanguinotransfuzie 2. Transfuzie simplă
Anemii hemolitice autoimune	Nu	Cazuri ușoare: urmărire atentă Cazuri moderate și severe: 1. Corticosteroizi 2. Transfuzie de sînge 3. Splenectomie
Anemii hemolitice simptomatice sau secundare	Nu	1. Tratamentul bolii de fond 2. Corticosteroizi 3. Transfuzii de sînge 4. Splenectomie
Anemia acută neimună, idiopatică	Nu	1. Transfuzie de sînge

Exsanguinotransfuzia. Indicațiile sînt bine precizate astăzi.

La naștere se va ține seamă de semnele clinice ale bolii hemolitice *(hydrops)*, copil Rh-pozitiv, test Coombs pozitiv (pozitivitatea izolată a acestui test nu constituie o indicație), hemoglobina din sîngele cordonului ombilical sub 10 g% sau bilirubina din plasma cordonului care depășește 4 mg% (3—3,5 mg% la prematuri), mamă cu anamneză caracteristică (mai ales copil anterior cu icter nuclear).

După naștere se va urmări atent concentrația de hemoglobină și bilirubină la fiecare 8—12 ore, timp de 3—6 zile.

Se va face exanguinotransfuzia dacă bilirubina atinge (crescînd cu 1 mg% /oră sau mai mult) 8—10 mg% la 8 ore după naștere, 10—12 mg% la 16 ore, 12—15 mg% la 24 ore, 18—20 mg% la 48 ore sau 20 mg% indiferent momentul.

Corticosteroizii. Rezultatele favorabile cu corticosteroizi sînt frecvente în anemiile autoimune, uneori și în cele secundare. Clinicienii recomandă de obicei Prednison în doză de 1,5—2 mg/kg/24 ore sau 50—60 mg/M²/24 ore (la bolnavii foarte grav și/sau cu contraindicații momentane pentru calea bucală, vom recomanda temporar Urbason solubile sau Supercortisol i.m. în doze corespunzătoare cu cortizon acetat i.m. 300 mg/M²/24 ore).

Dacă sindromul hemolitic este aparent stăpînit după 5—7 zile, putem diminua Δ-cortizonul după alte 7—10 zile, cu cîte 5—10 mg la fiecare 4—5 zile, pînă la o doză de întreținere sau pînă la oprirea medicației. Urmă-

Scanned with OKEN Scanner

rirea concentrației hemoglobinei și reticulocitoza sînt teste bune pentru constatarea ameliorării; astfel, doza inițială poate fi scăzută dacă hemoglobina a atins 10 g% și se menține la acest nivel (coincide de obicei și cu revenirea la normal a reticulocitelor).

Dacă reticulocitele cresc în cursul scăderii dozelor de Δ-cortizon, se impune o oprire la acel nivel și/sau o creștere temporară a dozelor.

O parte din bolnavi au o recădere după oprirea corticoterapiei, ceea ce impune o nouă cură mai lungă.

Dacă bolnavul nu răspunde în 5—7 zile la doza inițială de Δ-cortizon, aceasta poate fi temporar crescută (5—7 zile sau mai mult) la 3—(4) mg/kg sau se poate încerca ACTH.

Fenomene secundare și complicații (vezi Prednison).

Transfuziile sînt necesare atunci cînd hemoglobina nu poate fi menținută, în episodul acut, la cel puțin 6 g%. Hipoxia din procesele hemolitice acute impune transfuzia pînă ce corticosteroizii pot să influențeze procesul hemolitic. Pe de altă parte este probabil ca bolnavul să distrugă foarte repede hematiile transfuzate și reamintim riscul hepatitei transfuzionale. Medicul va aprecia măsura în care transfuzia este imperios necesară.

Sînge total. De obicei este bine tolerată cantitatea de 2—3 ml/kg/oră, pînă la un maxim total de 5—10 (15) ml/kg; atenție la bolnavii cu tendințe la insuficiență cardiacă, hipervolemie, hiperkaliemie.

Fenomenele secundare pot fi evitate sau reduse la minimum prin:

1. Înainte de transfuzie: alegerea corectă a sîngelui (sînge proaspăt în anumite cazuri); acidul acetilsalicilic și antihistaminicele (Romergan, Feniramin, Nilfan) sau ACTH pot fi utile (mai ales pentru reacțiile simple febrile, mai frecvente la bolnavii politransfuzați).

2. În timpul transfuziei: urmărirea atentă a aparaturii și a bolnavului.

3. După transfuzie: urmărirea atentă a bolnavului.

Cortizonul i.v. — hemisuccinatul de hidrocortizon sau Urbason — poate atenua reacțiile severe.

Masă eritrocitară. Este indicată mai ales la bolnavii cu insuficiență cardiacă (latentă sau actuală), hepatică sau renală și cînd dorim să evităm introducerea plasmei și a electroliților din sînge (K, Na și citrat), în doză de 7—10 ml/kg, în decurs de 5—6 ore.

Splenectomia. Indicațiile nu pot fi bine codificate.

— În caz de eșec al corticoizilor (cura de atac se arată ineficace săptămîni de-a rîndul sau doza de întreținere este prea mare, 0,5—1 mg/kg/24 ore);

— dacă splina este prea mare;

— cînd se poate dovedi că distruge anormal de multe hematii marcate.

Rezultatele sînt imprevizibile, uneori favorabile.

Părerile sînt împărțite în ceea ce privește evoluția mai severă a infecțiilor bacteriene la copii splenectomizați. Această evoluție pare o realitate la copii mici și de aceea se va evita splenectomia la copii sub 4—5 ani, acordîndu-se toată atenția celor mai discrete semne de infecție (septicemie, meningită); culturi, Ampicilină sau penicilină, și cloramfenicol (frecvent germeni gramnegativi) în doze mari.

Scanned with OKEN Scanner

Particularităţile lor *etiologice* (viroze, boli de sistem — maligne sau colagenoze, substanţe toxice şi medicamente, idiopatice — în starea actuală a cunoştinţelor şi în funcţie de posibilităţile de explorare la bolnavul în cauză), *hematologice* (cu autoanticorpi la cald sau la rece), *evolutive* (acute, subacute, cronice) constituie tot atîtea motive de *individualizare a tratamentului*.

Trebuie gîndit totdeauna la posibilitatea unei boli maligne (leucemie, Hodgkin etc.) sau unei colagenoze (lupus eritematos acut); tratamentul acesteia va ameliora şi procesul hemolitic. Dacă acesta nu este posibil, dozele mici de Δ-cortizon şi/sau transfuziile sînt singurele resurse terapeutice.

În anemiile cu autoanticorpi la cald, corticoizii au succes în aproximativ 2/3 din cazuri, cu recăderi în 50% din cazuri. Deseori este greu de ales un sînge compatibil pentru transfuzii. Se va acorda toată atenţia testelor prealabile. Dacă s-a recurs la splenectomie, aproape 50% din bolnavi au remisiuni prelungite sau o revenire la normal.

În anemiile cu anticorpi la rece se folosesc aceleaşi tratamente, dar rezultatele sînt mai puţin evidente. Bolnavul va fi ferit de frig pentru a diminua hemoliza şi a evita complicaţiile care urmează aglutinării intravasculare. Transfuziile vor fi efectuate foarte încet şi cu multă grijă (masa eritrocitară este de multe ori mai bine tolerată).

În anemiile cronice autoimune pot surveni crize aplastice, datorită infecţiilor intercurente; se va face tratamentul bolii respective şi transfuzii.

Anemia hemolitică dobîndită acută *neimună* idiopatică (Lederer-Brill) este asociată sau urmează unei boli acute febrile. Se va cerceta atent posibilitatea existenţei unei leucemii, unei mononucleoze infecţioase, unor procese maligne tumorale etc., care pot prezenta şi procese hemolitice „simptomatice" autoimune. Această formă are tendinţa la vindecare în zile-săptămîni. Transfuziile de sînge sau masă eritrocitară dau rezultate favorabile.

TRATAMENTUL LEUCEMIILOR

TRATAMENTUL LEUCEMIEI ACUTE

Diagnosticul este asigurat de frotiurile din sîngele periferic (concentrat leucocitar în caz de leucopenie) şi/sau din măduva osoasă.

Examene complementare: dozarea hemoglobinei, numărătoarea globulelor roşii, albe şi trombocitelor, probe de coagulare, V.S.H., examenul urinii, dozarea electroliţilor în sînge, acidul uric şi ureea în sînge, precum şi culturi dacă sînt semne de infecţie; alte examene, în funcţie de forma clinică (radiografii osoase, fund de ochi etc.).

Diagnosticul tipului citologic nu este totdeauna uşor, dar este util, datorită posibilităţii unei chimioterapii diferenţiate.

Nu există încă un tratament curativ al leucemiei acute. Trebuie să încercăm totul pentru obţinerea cîtor mai multe remisiuni *totale* (clinice, în sîngele periferic şi în măduvă osoasă) şi cu o durată cît mai lungă sau cel puţin remisiuni parţiale (clinice sau clinice şi în sîngele periferic).

Scanned with OKEN Scanner

Durata supraviețuirii nu este substanțial influențată de nici una din variatele scheme de tratament acceptate în prezent; s-a observat totuși că tratamentul de întreținere produce remisiuni mai lungi.

Tratamentul leucemiei limfocitare (limfoblastice) acute (80—90% din leucozele acute ale copiilor) este mai eficace decît al celorlalte trei leucemii acute (monocitară, cu celule nediferențiate, granulocitară).

Planul terapeutic expus aici poate fi modificat la anumiți bolnavi; el va fi sigur răsturnat de progresele care nu vor întîrzia în anii viitori.

Tratamentul va fi început cu ametopterină (Methotrexat). Se asociază sau nu corticoterapia, după indicațiile de mai jos.

Dacă drogul are efect (30% din bolnavi), remisiunea, totală sau parțială, se instalează după 1—2 luni; în acest moment, corticoterapia (dacă a fost asociată) va fi oprită și ametopterina va fi continuată cu aceeași posologie.

Cînd apare recăderea (după 4—7 luni), înlocuim ametopterina cu 6-mercaptopurină (Purinethol). Dacă sînt indicații se va relua și corticoterapia. Cînd s-a obținut remisiunea totală sau parțială (la 50% din bolnavi și după 1—2 luni), corticoterapia va fi oprită (dacă a fost utilizată) și 6-mercaptopurina (6-MP) va fi continuată.

La a doua recădere poate fi încercată vincristina (Oncovin); se obține repede (2—4 săptămîni) o nouă remisiune totală sau parțială la aproximativ 50% din bolnavi (fără corticoterapie). Din cauza toxicității, tratamentul trebuie oprit și poate fi reluat cînd apare o nouă recădere (după 2 luni).

Ciclofosfamida (Clafen) poate fi de asemenea încercată (concomitent cu corticoterapia?), dînd o proporție de remisiuni totale sau parțiale de aproximativ 35%, care poate dura pînă la 6 luni.

Terapeutica descrisă mai sus influențează mai puțin celelalte leucemii acute. Pentru forma granulocitară, 6-MP este primul medicament; deși rezultatele sînt controversate, poate fi încercat și Δ-cortizonul.

Tratamentul leucemiei acute cu Prednison. Acest tratament reprezintă atît o *oncoterapie*, cît și o *terapie adjuvantă*.

Δ-Cortizonul (Prednison) exercită un efect de inhibiție asupra creșterii celulelor limforeticulare, reglează și exercită eritropoieza și granulopoieza, intervine favorabil asupra componentei hemolitice, mărește apetitul, atenuează durerile și are o acțiune euforică.

Indicații și rezultate. Tratamentul cu Prednison reprezintă un tratament de urgență;

— în formele grave cu sindrom hemoragipar (răspund prompt);

— în forma limfocitară (limfoblastică), care este de obicei favorabil influențată;

— pentru că intervine eficace asupra hemolizei;

— la copii mai mici (la care se înregistrează rezultatele cele mai bune);

— la bolnavii cu leucocitoză normală sau scăzută (sînt mai bine influențate decît celelalte forme).

Tratamentul de bază este reprezentat de antimetaboliți (ametopterină, 6-MP etc.).

Posologie. Prednison (1,5)—2 mg/kg/24 ore, în 4 prize la 6 ore; în primele zile poate fi folosit sub formă injectabilă (Urbason solubile, Supercortisol sau cortizon acetat), dacă este contraindicată pentru moment calea

Scanned with OKEN Scanner

bucală. În formele foarte grave se poate începe cu doze mai mari (200—300 mg/zi).

Efectul acestei terapii este de obicei rapid asupra stării generale și mai lent asupra simptomelor hematologice. Durata tratamentului: 1/3—1 1/2 lună; o dată ce s-a obținut rezultatul, ieșirea din tratament va fi foarte scurtă (cîteva zile). Remisiuni totale sau parțiale: 45% din bolnavi. Durata primei remisiuni: 1—1/2 lună.

Prima recădere apare în funcție de medicația administrată și particularitățile bolii și ale bolnavului. Dacă sînt indicații, se poate reîncepe preparatul cortizonic; copilul răspunde în general bine și la a doua cură cu Prednison. Remisiunile următoare cer însă doze mai mari de Δ-cortizon și sînt din ce în ce mai scurte. Recăderile respective vor fi influențate tot mai puțin și bolnavul devine rezistent față de Δ-cortizon, prezentînd și o *rezistență încrucișată* față de ceilalți corticoizi și față de corticotropină.

Fenomenele secundare ale corticoterapiei sînt descrise la p. 372; acest tip de cură și cu posologia obișnuită este de obicei bine suportat, cu condiția respectării precauțiilor indicate.

Sînt mai frecvente retenția de apă și sodiu cu consecințele lor: hipertensiunea intraarterială și edemul cerebral.

Localizări și complicații.

Localizări în sistemul nervos central. Infiltratele leucemice se localizează frecvent (40%) în sistemul nervos central, chiar în cursul unei remisiuni hematologice, deoarece chimioterapicele citate nu ating niveluri terapeutice în această regiune.

Diagnosticul de suspiciune (sindrom de hipertensiune craniană, convulsii, paralizii) este confirmat de puncția lombară (celule leucemice; glicorahie scăzută și albuminorahie crescută).

Administrarea intrarahidiană de Methotrexat injectabil este eficace, chiar dacă hematologic bolnavul a devenit rezistent la acest preparat.

Radioterapia are de asemenea unele indicații. Astfel, infiltratele importante leucemice din ganglioni, piele, rinichi, mucoase, care provoacă durere, disfuncție și care nu cedează la tratamentele citate, pot fi tratate cu radioterapie. Durerile osoase localizate și rezistente la chimioterapie sau corticoterapie pot ceda după o singură ședință de radioterapie.

Hemoragiile și anemia sînt bine influențate de sîngele proaspăt, trombocitopenia este corectată prin concentratul de trombocite (Constanța Palade, *Pediatria*, 1967, nr. 4).

Masa eritrocitară este indicată dacă hemoglobina scade sub 6 g%.

Exsanguinotransfuzia a dat rezultate favorabile autorilor sovietici; transplantul de măduvă osoasă este puțin eficace.

Infecțiile. Febra care apare la bolnavii influențați favorabil de antimetaboliți sau de cortizon este provocată de o infecție. Dacă apare în cursul remisiunii, este vorba de o infecție sau de o recădere. Germenii mai frecvent responsabili de aceste infecții intercurente sînt: stafilococul auriu, piocianicul și colibacilii hemolitici.

Scanned with OKEN Scanner

Accidentele renale. La începutul tratamentului, bolnavii trebuie bine hidratați (cu controlul ureei sanguine), mai ales cei cu peste 50 000 leucocite/mm³ sau cu adenopatii mari și îndeosebi cei tratați cu Methotrexat sau Δ-cortizon.

Uricemia crește considerabil, datorită lizei brutale a celulelor leucemice și poate determina calculi, colici nefretice, hematurie.

Se vor administra lichide în doze de 50—100 ml/kg/24 ore, dacă este nevoe și *i.v.*; cantitățile trebuie să fie mai mari, dacă febra este ridicată.

Urmărirea bolnavului. În timpul tratamentului se vor aplica măsurile citate la Methotrexat (și cele special indicate la celelalte medicamente utilizate în această boală).

După ce s-a obținut remisiunea (totală sau parțială), ritmul de reexaminare este în funcție de situația particulară a fiecărui bolnav (continuă ametopterina sau 6-MP sau este fără tratament); în acest ultim caz, va fi examinat complet (clinic și hematologic) cel puțin o dată pe lună și ori de cîte ori apar simptome care sugerează o recădere. Apariția blaștilor în sîngele periferic semnează recăderea; o puncție medulară este necesară cînd apare anemie sau trombocitopenie.

Modificările intervenite (clinice și/sau în hemogramă) impun o puncție medulară datorită căreia se poate detecta precoce recăderea și terapeutica poate fi modificată din vreme, înainte ca starea bolnavului să se altereze (știut fiind că prin 6-MP sau ciclofosfamide se obțin rezultate abia după săptămîni de tratament).

Terapeutici contraindicate. Vitamine în doze mari, mai ales vitamina B_{12}, vaccinuri vii, tratament continuu sau profilaxie cu antibiotice, *corticoterapie în remisiune.*

TRATAMENTUL LEUCEMIEI MIELOIDE CRONICE CU CITOSULFAN

Terapeutica cu Busulfan (Citosulfan) va fi începută imediat după confirmarea diagnosticului, indiferent de momentul evolutiv.

Posologia va fi individualizată. Începem cu 0,06 mg/kg/24 ore sau 1,8 mg/M²/24 ore (1 compr. = 2 mg), cîte o priză unică, în fiecare dimineață, pe nemîncate.

Primul obiectiv al tratamentului este reducerea leucocitelor pînă la 20 000/mm³. Se va face numărătoarea leucocitelor și a trombocitelor o dată pe săptămînă (toxicitatea este demonstrată de scăderea trombocitelor sub 100 000/mm³). Cînd leucocitele au scăzut sub 20 000/mm³, doza poate fi diminuată treptat pentru a menține aceste valori, ceea ce corespunde cu o remisiune (examen clinic și hematologic lunar). Aceasta poate fi obținută la aproximativ 50% din bolnavii netratați anterior. Recăderile ulterioare nu răspund totdeauna la fel de bine și cer doze mai mari, ceea ce sporește pericolul de aplazie medulară.

Remisiuni temporare pot fi obținute prin *radioterapie splenică.*

Acutizarea leucemiei mieloide cronice nu răspunde la Δ-cortizon.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL AGRANULOCITOZEI, LEUCOPENIEI ȘI NEUTROPENIEI

Infecțiile sînt o cauză frecventă. Dar în timp ce leucopenia și neutropenia din viroze este frecventă și nu are o semnificație patologică, apariția acestora în stări septicemice impune un tratament foarte energic.

Medicamentele, substanțele chimice și toxicele provoacă toate gradele de leucopenie și neutropenie; agranulocitoza este favorizată în special de agenți ca sulfamidele, cloramfenicolul, trimetadiona, benzolul și derivatele sale.

Radioterapia, citostaticele (Citosulfan etc.) sînt și ele toxice în această privință.

Leucemia incipientă poate provoca de asemenea o leucopenie importantă.

Tratamentul profilactic și adjuvant. Înlăturarea agentului respectiv, tratarea bolii de fond.

— Izolare, îngrijire foarte atentă.

— Antibiotice: Ampicilină *p.o.* Unii specialiști recomandă penicilina V (1 200 000 µ./24 ore, 1 compr. la 4 ore) și streptomicină 0,03 g/kg/24 ore, *i.m.* (în două injecții) sau tratamentul corespunzător al septicemiei respective.

— Corticoterapia (Prednison *p.o.*) este preconizată dacă bolnavul se găsește în stare gravă, dacă nu are o infecție concomitentă sau dacă aceasta este corect tratată cu antibioticele indicate. Rezultatele sînt îndoielnice.

— Transfuziile, deși indicate, nu sînt urmate totdeauna de rezultatele așteptate.

— Transplante de măduva oaselor.

— Vitaminele C și B complex; Leuco-4.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL BOLILOR HEMORAGICE

Premisa oricărei terapeutici corecte a hemoragiilor spontane sau provocate (piele, mucoase, organe profunde) este diagnosticul precis, deoarece orice tendință hemoragipară poate fi provocată de alterarea unuia sau a mai multor factori ai mecanismului hemostazei. Aceștia pot fi deficienți prin modificarea (congenitală sau dobîndită) a:

— rezistenței vasculare (vasculopatii);
— numărului și funcției trombocitelor (trombopenii);
— procesului coagulării (coagulopatii).

Mai poate exista și o activitate fibrinolitică crescută a plasmei.

Diagnosticul se sprijină pe antecedentele eredocolaterale (în coagulopatii, de exemplu), istoric, semne funcționale, semne fizice și examene de laborator.

TRATAMENTUL VASCULOPATIILOR

TRATAMENTUL PURPUREI ANAFILACTOIDE ALERGICE (sindromul Schönlein-Henoch)

Este un sindrom cu etiologie incertă, dar *infecțiile* mai ales cele rinofaringiene (streptococi hemolitici la 50% din acești bolnavi) — preced adesea boala și/sau determină recăderi. Mai rar poate fi încriminată o *alergie* la alimente (sau medicamente).

Patogenia este dezbătută; sindromul pare să reprezinte un răspuns hiperergic al organismului la antigenele citate, poate printr-un mecanism de autoimunizare; de aceea boala a început să fie încadrată între *colageneze*.

Teama de complicații impune *internarea; izolarea* este recomandabilă (cel puțin pentru bolnavii cu infecții respiratorii acute).

Bolnavii vor fi urmăriți prin: examene clinice, hemogramă, V.S.H., culturi faringiene pentru streptococi hemolitici, ASLO (de obicei titruri joase), *examenul urinii, dozarea ureei în sînge, presiunea arterială* etc.

Forme clinice. Tratament. Forma clinică obișnuită (fără participare renală): repaus la pat și regim lacto-făinos-vegetarian în perioada acută; acid acetilsalicilic; Algocalmin comprimate; calciu, vitamină C, Rutosid. Antihistaminicele nu dau rezultate și corticoterapia nu este indicată (ar favoriza chiar recăderile).

Cînd boala a fost precedată de o infecție respiratorie acută: tratament cu penicilină ca la angina streptococică și profilaxie cu Moldamin aproximativ 3 luni. Se vor trata cariile dentare sau o eventuală sinuzită.

Starea copilului se normalizează într-o/lună, dar la aproape 1/3—1/4 din copii apare o recădere după 1—(2) săptămîni.

Forma abdominală Este probabil că durerile abdominale și hemoragiile pot fi stăpînite de corticoterapie (cură scurtă cu Prednison 0,5—1 mg/kg/24 ore). Aceasta poate masca însă o ocluzie; cortizonul ar favoriza și recăderile (la oprirea tratamentului).

Hemoragiile mari care impun transfuzii sînt rare.

Observația clinică riguroasă (între altele este sugestiv sediul fix al durerii), consultul chirurgical, clisma baritată, pot depista la timp o *ocluzie intestinală*, care impune intervenția chirurgicală imediată.

Hemoragiile intracraniene sînt foarte rare; ele nu par să poată fi prevenite sau influențate de corticoterapie.

Participarea renală. La 1/3—1/2 din bolnavi se observă albuminurie, hematurie și cilindrurie; jumătate din acești bolnavi au și hipertensiune arterială și/sau azotemie. Alterările sînt de obicei discrete la preșcolari, cu tendința la vindecare; prognosticul acestei nefropatii este în schimb *rezervat la copiii școlari*, pentru că nefrita — chiar sub formă „asimptomatică" (redusă la hematurie microscopică și cilindrurie) — trece într-o glomerulonefrită cronică.

Pe lîngă medicamentele utilizate în forma comună, aici sîntem obligați să folosim și *corticoterapia* (mai totdeauna la copii peste 7 ani), ale cărei rezultate sînt vagi și departe de a fi satisfăcătoare. Administrăm o cură de atac cu Prednison 2 mg/kg/24 ore (1—1,5 mg/kg/24 ore după unii, mai ales dacă ne temem de efectul defavorabil asupra presiunii arteriale și azotemiei crescute). Această doză este menținută pînă ce starea generală și leziunile renale se ameliorează stabil. De acum înainte se va putea institui — timp de cîteva luni pînă la un an — o terapeutică de durată, după o scădere treptată a dozelor, doze mici zilnice (0,2 mg/kg/24 ore) din cura de atac sau un tratament intermitent, ca în sindromul nefrotic (3 zile pe săptămînă menținînd posologia inițială de 2 mg/kg/24 ore). Ameliorarea (?) este foarte lentă și greu de apreciat (după urină — albumina/24 ore și sediment, după testul Addis, probe funcționale renale, uree în sînge, presiune arterială).

Este probabil că purpura anafilactoidă reprezintă o cauză destul de frecventă a nefritei cronice cu evoluție relativ rapidă spre scleroză renală.

Purpura „în cocardă" Seydlmayer este echivalentul purpurei anafilactoide la sugarul mare și la copilul de 1—2 ani. Apare în timpul sau după infecții virotice (ale căilor respiratorii). Se recomandă penicilină cristalizată sau o tetraciclină, Δ-cortizon; vindecarea se obține în 2 săptămîni.

Scanned with OKEN Scanner

Purpura fulminans reprezintă probabil forma cea mai gravă a purpurei anafilactoide; etiologia este postinfecţioasă (de exemplu, septicemia pneumococică).

Se prescriu: doze mari de ACTH sau hemisuccinat de hidrocortizon sau Urbason, antibiotice bactericide (perfuzii) în funcţie de boala provocătoare, vitaminele C, P şi E, capilarotrope, tratamentul şocului etc.

Vasculopatia *sindromului Waterhouse-Friedrichsen* este de origine toxi-infecţioasă.

Virozele pot determina *la sugari* peteşii multiple, fără alte semne clinice, iar probele paraclinice pentru hemopatii sînt normale; în acest caz nu este necesar vreun tratament.

TRATAMENTUL TROMBOPENIILOR

TRATAMENTUL PURPURELOR TROMBOCITOPENICE IDIOPATICE

Este un capitol pe cale de remaniere. Diagnosticul diferenţial se face cu purpurele trombocitopenice congenitale şi *secundare* (anamneză pentru boli provocătoare, medicamente, toxice, insecticide etc.), *cu leucemia şi anemia aplastică* (medulograma este obligatorie).

Formele acute (vindecarea pînă într-o lună) sînt frecvente; rolul etiologic al virozelor respiratorii — susţinut de mult pe baze clinice — a început să fie confirmat de examenele serologice specifice. Este probabil ca majoritatea purpurelor trombocitopenice „idiopatice" acute să fie în realitate purpure secundare.

Etiopatogenia *formelor subacute* şi *cronice* rămîne încă obscură, deşi patogenia lor — care sugerează un mecanism similar cu cel din anemiile hemolitice dobîndite — pledează pentru rolul sensibilizat al unor infecţii anterioare. Bolii Werlhoff i se acordă în prezent semnificaţia unui hipersplenism.

Tratament. *Corticoterapia* trebuie utilizată ori de cîte ori hemoragiile sînt severe (coincide de obicei cu trombocitopenie sub 30 000/mm³). Rezultatele imediate şi tardive sînt de multe ori nesatisfăcătoare, dar tratamentul trebuie încercat. Doza iniţială de (1)—2 mg Prednison/kg/24 ore va fi menţinută încă 1—3 săptămîni după ce trombocitele au crescut la peste 100 000/mm³ (ascensiunea lor începe la 1—2 săptămîni după instituirea corticoterapiei); posologia va fi apoi treptat diminuată. Dacă trombocitele scad din nou în cursul diminuării dozei de Δ-cortizon, vom creşte puţin doza pentru a tatona doza minimă care menţine bolnavul fără hemoragii, ceea ce coincide de obicei cu 50 000—100 000 trombocite/mm³.

Splenectomia este indicată: dacă sîntem obligaţi să continuăm corticoterapia 6—9—12 luni, dacă starea bolnavului a impus repetate cure de preparate cortizonice, dacă boala a determinat puseuri clinice pînă aproape de prima menstruaţie, dacă hemoragiile sînt grave şi nu sînt stăpînite de corticoterapie, dacă s-a produs o hemoragie intracraniană.

Hemoragiile impun uneori *transfuzii* cu sînge total *proaspăt* (trombocitele transfuzate sînt active numai cîteva ore, ceea ce este de altfel de obicei suficient pentru a opri hemoragia).

Repaus la pat, îngrijiri generale corespunzător cu starea bolnavului.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL PURPURELOR TROMBOCITOPENICE SECUNDARE

Etiologia acestor purpure (și a trombocitopeniilor secundare care nu determină purpură) este următoarea:

— infecții bacteriene, *septicemiile* mai ales (meningococ, piocianic), endocardita bacteriană subacută (sindromul hemoragipar are o patogenie de obicei complexă și este urmarea unor leziuni medulare, vasculare și a unor trombocite poate alterate și calitativ);

— boli generale virotice, ca rujeola și rubeola; mononucleoza infecțioasă; probabil unele viroze respiratorii (vezi purpura idiopatică acută);

— medicamente (chinina, chinidina, hidroclorotiazida etc.), diverse substanțe chimice, radiații ionizante (agentul respectiv determină o agresiune care se exteriorizează de obicei și prin anemie, neutropenie, pancitopenie);

— diferite anemii (hemolitice autoimune, megaloblastice, sferocitoză congenitală etc.);

— hipersplenism;

— transfuzii masive și exsanguinotransfuzii (sîngele conservat este practic lipsit de trombocite);

— hemangioame gigante la sugari (sindromul Kasabach-Merritt).

Tratamentul are în vedere particularitățile etiologice:

— terapeutica bolii de fond în infecții;

— transfuzii cu sînge proaspăt;

— corticoterapie, dacă este permisă la infecția și la bolnavul respectiv;

— îndepărtarea toxicului sau a agentului sensibilizant poate determina uneori dispariția purpurei în 7—10 zile. În cazuri mai severe sau care nu cedează la oprirea medicamentului respectiv sînt indicate corticoterapie, testosteron;

— radioterapia hemangiomului și transfuzii în sindromul Kasabach-Merritt.

TRATAMENTUL COAGULOPATIILOR

TRATAMENTUL COAGULOPATIILOR CONGENITALE

Alterarea factorilor plasmatici ai coagulării este de cele mai multe ori congenitală (hemofilia A și B îndeosebi). Tulburări similare pot fi regăsite frecvent în familia respectivă; prin urmare, anamneza este importantă la acești bolnavi (1/4—1/3 din aceste boli apar totuși sporadic).

Coagulopatiile congenitale se împart în:

— hemofilia A, deficiența congenitală a factorului VIII (A.H.G.);
— hemofilia B, deficiența congenitală a factorului IX (P.T.C.);
— hemofilia C, deficiența congenitală a factorului XI (P.T.A.);
— deficiența congenitală de protrombină;
— deficiența factorului V (proaccelerina);
— deficiența factorului VII (proconvertina);
— deficiența factorului X (Stuart-Prower);
— afibrinogenemia congenitală, deficiența factorului I.

Scanned with OKEN Scanner

Angiohemofilia și boala (sindromul) Willebrand-Jürgens au în comun o deficiență a factorului VIII (uneori și IX). Prelungirea timpului de sîngerare este de asemenea comună ambelor boli; ar fi provocată la prima de o deficiență vasculară, iar la a doua de alterări trombocitare. Unii consideră aceste două boli ca sindroame, expresie clinică puțin diferită, a aceleiași boli de fond.

O terapeutică corectă a coagulopatiilor congenitale presupune o identificare prealabilă a factorului plasmatic deficient; tablourile clinice pot fi similare, deci nu ne oferă indicații utilizabile pentru tratament.

Frecvența, severitatea hemofiliei A și anumite similitudini în comportarea terapeutică ne determină să schițăm pe scurt terapeutica acestei boli; pentru celelalte boli vom aminti numai particularitățile respective.

TRATAMENTUL HEMOFILIEI A

Măsuri generale. Familia și copilul vor fi instruiți asupra măsurilor de luat în caz de hemoragie, accident etc. Ei vor fi lămuriți de asemenea asupra problemelor de educație, comportare în mediu și orientare profesională.

Transfuziile de sînge și derivate. Globulina antihemolitică (factorul VIII, A.H.G.) se distruge foarte repede în sîngele și plasma conservată; de aceea produsele mai vechi de 48 ore nu pot fi utilizate. Numai sîngele proaspăt, *plasma proaspătă (ea pierde 50% A.H.G., dacă este păstrată o oră la temperatura camerei)* și *plasma conservată prin liofilizare conțin A.H.G.*

Indicațiile pentru transfuziile de sînge și derivate trebuie să fie bine motivate, pentru că repetarea acestora creează pericolul anticorpilor față de factorul absent.

Sîngele corectează relativ nesatisfăcător defectul de coagulare; de aceea sîngele proaspăt este indicat numai dacă bolnavul are o anemie hemoragică acută (Hb sub 8 g%). Se transfuzează aproximativ 250 ml la copilul de vîrstă școlară.

Plasma proaspătă și plasma conservată prin liofilizare sînt *indicate ori de cîte ori hemostaza este obiectivul principal,* iar anemia nu este îngrijorătoare. La prima transfuzie se introduc 10 ml plasmă/kg, urmate de cîte 5 ml/kg la fiecare 4—6 ore, cît timp este necesar.

Probleme locale. Hemoragii în țesuturile moi sau în articulații. Repaus absolut la pat, imobilizare, pansament compresiv sau pungă cu gheață. Nu se vor face puncții evacuatoare. Acid acetilsalicilic și Algocalmin (supozitoare sau comprimate) împotriva durerilor. Plasmă, dacă durerea și limitarea mișcărilor cresc și dacă sînt semne că hemoragia continuă.

Epistaxis. Pansament compresiv cu vată muiată în soluție de adrenalină 1% sau trombină. Plasmă, dacă hemoragia nu se oprește complet pînă într-o oră. Ulterior, ulei de parafină pentru înmuierea crustelor.

Plăgi minore. Pansament compresiv; trombină uscată dacă continuă hemoragia. Se vor evita suturile (hemoragie și necroză); dacă totuși trebuie făcute se va administra plasmă (ca mai sus).

Dentiția temporară. Este bine ca dinții să fie lăsați să cadă singuri.

Intervențiile chirurgicale sînt contraindicate dacă boala respectivă nu pune viața în pericol.

Scanned with OKEN Scanner

Durerea în fosa iliacă dreaptă deschide problema diagnosticului între un hematom în teaca mușchiului psoas iliac drept și o apendicită. Aceste hemoragii provoacă febră și leucocitoză cu neutrofilie. Se administrează antibiotice și se urmărește atent bolnavul! Dacă intervenția este vitală se face transfuzie de plasmă (p. 103), 4—5 zile (ca mai sus).

Hemoragiile intraabdominale: paracenteza sau laparatomia sînt contraindicate.

Traumatismele craniene: aceeași atitudine ca în cazul hemoragiilor sistemului nervos central.

Hemartroză. Plasmă în doza inițială de 10 ml/kg, iar după 4 — 6 ore 5 ml/kg; dacă durerea persistă, se repetă cîte 10 ml/kg la 12 ore. Prednison 1—2 mg/kg/24 ore în primele 2—3 zile. Repaus la pat cu pungă cu gheață în primele 2—3 zile; după aceea exerciții pasive și mobilizare treptată.

Hemoragie musculară. O transfuzie cu plasmă de 10 ml/kg, imobilizare și pungă cu gheață 24—48 ore.

Extracții dentare. Prednison: va fi început cu 12 ore înainte și continuat atît timp cît se administrează plasmă. Plasmă 5 zile: 10 ml/kg cu 30 minute înainte de extracție, apoi cîte 5 ml/kg la 4—6 ore, timp de 5 zile.

Hemoragii ale mucoasei bucale. Fenobarbital pentru sedare. Hidratare exclusiv parenterală în primele 48 ore, după aceea treptat lichide pe gură, cu atenție pentru a nu se dezlipi cheagul. Plasmă timp de 5 zile: inițial 10 ml/kg, urmat de 5 ml/kg la 4—6 ore.

Hemoragii gastrointestinale. Plasmă: 10 ml/kg, apoi 5 ml/kg la 4—6 ore, timp de 24 ore; se poate depăși dacă leziunea o impune.

Hematurie. Repaus la pat. Dacă hematuria persistă și/sau apare colică: plasmă 10 ml/kg, apoi 5 ml/kg la 4—6 ore în primele 3 zile; după aceea 5 ml/kg la 12 ore, alte 2 zile. Prednison: 5 zile (ca mai sus); în locul lui s-a folosit cu oarecare succes acid α-aminocaproic.

Hemoragii în sistemul nervos central sau retrofaringiene. Plasmă 10 ml/kg, apoi 5 ml/kg la 4—6 ore în primele 24 ore; după aceea se răresc transfuziile la 8—12 ore, cît timp este necesar.

Tratamentul celorlalte coagulopatii congenitale este similar cu cel descris pînă acum.

Precizăm:

— Doza inițială de *plasmă proaspătă sau conservată prin liofilizare* va fi tot de 10 ml/kg, dar ritmul în care se fac transfuziile următoare de cîte 5 ml/kg va fi în funcție de înjumătățirea duratei de viață a factorului respectiv plasmatic, redată mai jos:

factor I (fibrinogen)	12—36 ore
factor II (protrombină)	24 ore
factor V (proaccelerină)	12 ore
factor VII (preconvertină)	20—60 minute
factor VIII (A.H.G.)	4— 7 1/2 ore
factor IX (P.T.A.)	36 ore
factor X (Stuart-Prower)	47 ore
factor XI (P.T.C.)	12—14 ore

(valorile după Aggeler).

Scanned with OKEN Scanner

— Sîngele total mai vechi de 48 ore nu este indicat pentru oprirea hemoragiilor la bolnavii cu deficienţe ale factorilor P.T.C. şi P.T.A., iar *plasma conservată este fără valoare în coagulopatii.*

— Sîngele proaspăt este indicat îndeosebi în cazurile de deficienţă a factorilor I (fibrinogen) şi V (proaccelerină).

— Traumatismele craniene la bolnavii cu deficienţe severe de factor P.T.C. vor fi tratate ca şi cum ar exista o hemoragie.

— La boala Willebrand-Jürgens, prima transfuzie de plasmă conservată prin liofilizare va fi tot de 10 ml/kg, iar următoarele în funcţie de hemoragie. Venostatul are indicaţie majoră.

TRATAMENTUL COAGULOPATIILOR DOBÎNDITE

Etiologie: boli hepatice ca cirozele, hepatitele acute (factorii I, II, V, VII), tumori ale măduvei oaselor (factorii I, VII), leucoze acute (factorii V, VII), boli ale sistemului reticulohistiocitar (factorii I, VII), tulburări de resorbţie a vitaminei K din intestin în icterul mecanic (factorul II), tulburări prelungite în digestia şi absorbţia grăsimilor (enterită cronică — factorul II), sindromul Kasabach-Merritt (deficienţa factorului I este asociată aici cu trombopenie), doze mari de acid acetilsalicilic administrate timp îndelungat (factorul II), tratamentul cu Dicumarol (factorii II, VIII), nou-născuţi etc.

Tratamentul este similar cu cel descris mai sus, cu menţiunea că se va adăuga:

— tratamentul bolii provocatoare;

— vitamină K *i.m.* în hipoprotrombinemie (deficienţa factorului II) şi *i.v.* sau *p.o.* în deficienţa factorului VII;

— vitamină C (500 mg × 2/zi) în deficienţa factorului V;

— Venostat, Dicynone.

Profilaxia hipoprotrombinemiei la bolnavii trataţi cu doze mari de acid acetilsalicilic: 1 fiolă vitamină K × 2/săptămînă, *i.m.*

TRATAMENTUL BOLII HEMORAGICE A NOU-NĂSCUTULUI

Imaturitatea funcţiilor hepatice şi lipsa vitaminei K produce deficienţa factorilor II, VII, IX, X, şi XI şi deci apariţia bolii.

Tratament. Vitamina K_1 naturală (Fitomenadion, Konakion (vezi p. 321). Reamintim că anumite doze de vitamină K sintetică *pot provoca la nou-născuţi — mai ales la prematuri — icter, chiar icter nuclear, ca şi anemie hemolitică.*

Transfuzie cu sînge proaspăt, dacă vitamina K nu a avut efect.

Transfuzia de sînge 20 ml/kg, dacă hemoragia a fost atît de puternică, încît a determinat anemie.

Venostatul poate fi de folos.

Profilaxie. Administrarea de vitamină K_1 la parturientă, cu puţin înainte de naştere; are rezultate îndoielnice.

La *nou-născut,* imediat după naştere, vitamină K_1. Periclitaţi sînt îndeosebi nou-născuţii cu greutate mare, născuţi după un travaliu prelungit, cu

bănuială de hipoxie, prematuri și copii displazici, copii cu incompatibilitate de grup sanguin, copii cu boli hepatice, copii ale căror mame au suferit de eclampsie sau nefropatie.

TRATAMENTUL METHEMOGLOBINEMIEI DE CAUZĂ ALIMENTARĂ

(Intoxicația cu apă de puț)

Apare la sugari (mai ales sub 6 luni) care primesc lapte (de vacă sau praf) diluat cu apă nepotabilă, în care se găsește o cantitate crescută de nitriți și nitrați (G. Vasiliu și Cella Protopopescu, *Pediatria*, 1961, nr. 6, p. 534).

Tratament. Suprimarea apei respective (fierberea este inutilă); măsura este suficientă la cazurile ușoare.

Albastru de metilen, sol. 1% *i.v.*, în doza de 0,1—0,2 ml/kg/doză sau 2,5—5 ml/M²/doză, de injectat încet (în cel puțin 5 minute); se va utiliza în formele severe de cianoză.

Rezultatul este izbitor și vizibil, chiar după 30 minute; rareori mai este nevoie de o a doua injecție după 1—2 ore. Supradozarea poate provoca accidente, dintre care mai de temut este anemia hemolitică.

Vitamina C 400—200 mg *i.v.* sau *p.o.*, contribuie la reducerea methemoglobinei, dar încet.

Se poate asocia și sol. glucozată 5—(10)%, 50—(100) ml *i.v.*

Profilaxie. Sursele de apă nepotabilă vor fi anunțate sectorului de igienă alimentară din Inspecția de Stat, pentru a se lua măsurile necesare. La sugarii de vîrstă mică se va utiliza numai apă potabilă pentru diluarea laptelui și pentru ceai.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL BOLILOR APARATULUI CARDIOVASCULAR ŞI AL REUMATISMULUI BOUILLAUD

TRATAMENTUL ENDOCARDITELOR

Pentru tratamentul endocarditei reumatice vezi reumatismul Bouillaud.

TRATAMENTUL ENDOCARDITELOR BACTERIENE

La internare: hemocultură (pentru germeni aerobi şi anaerobi) înainte de a începe antibioticele, ca şi culturi din L.C.R., urină etc.; examen L.C.R., hemogramă, V.S.H., examenul funcţiilor ficatului şi rinichilor, proteinogramă, tensiune arterială, fund de ochi, examene ORL, radiografie pulmonară, IDR la tuberculină etc.

Endocardita acută ulceroasă. Este determinată de o piodermită, o osteomielită etc.; este cauza şi/sau localizarea unei septicemii (îndeosebi stafilococi, mai rar streptococi, pneumococi etc.).

Conduita va fi cea din septicemii.

Endocardita lentă. Este provocată de acţiunea a diferiţi germeni (enterococii intervin mai rar ca la adulţi), pe fondul defectelor cardiace congenitale sau dobîndite.

Conduita va fi cea din septicemii (antibiotice după antibiogramă, în prima perioadă preferabil *i.v.*), prelungind tratamentul cel puţin 6 săptămîni, pînă la cîteva luni. Oprim tratamentul (după repetate hemoculturi negative): dacă starea generală este normală, dacă copilul creşte în greutate şi după ce s-a normalizat pulsul, temperatura, hemograma şi V.S.H. După aceea, urmărire în spital timp de o lună, apoi controlul ambulatoriu o dată pe lună, timp de 1 an. Defectul congenital poate fi corectat la 1 an după oprirea tratamentului. De altfel, unele endocardite care nu pot fi stăpînite prin antibiotice, se vindecă numai prin înlăturarea cardiopatiei congenitale.

TRATAMENTUL MIOCARDITELOR

TRATAMENTUL MIOCARDITELOR ACUTE

Etiologie. A. *Miocardite infecţioase: a)* bacteriene (infecţii pneumococice şi meningococice, septicemii, piemii, endocardită acută bacteriană, dizenterie, tuse convulsivă, *difterie*, unele salmoneloze grave); *b)* virotice

(infecţii cu virus Coxsackie B, poliomielită, virusurile encefalomiocarditelor, gripă, ornitoză, psittacoză, virusurile APC, vaccină, agentul mononucleozei infecţioase); *c)* rickettsii (tifos exantematic); *d)* alte infecţii (trichinoză, toxoplasmoză).

B. *Miocardite alergice* (reumatism Bouillaud).

C. *Miocardite toxice* (difterie, intoxicaţii alimentare şi medicamentoase — digitală, distrugeri masive de proteine, arsuri, insolaţii, toxice exogene).

D. *Miocardite de cauze necunoscute.* Miocardita primitivă acută a sugarului interstiţială tip Fiedler, de etiologie probabil virotică.

Vom căuta să elucidăm etiologia prin anamneză, examen clinic, culturi, probe serologice, examene speciale pentru etiologia suspectată.

Tratament. În primul rînd, tratarea bolilor (infecţiilor) respective: precoce, energic şi prelungit. Repaus absolut şi permanent la pat: copilul va fi spălat în pat, va fi hrănit de personalul spitalului, i se va pune ploscă pentru micţiuni şi defecaţie etc. La început regim alimentar lacto-făinos-vegetarian (dacă nu contravine bolii de fond), cu celuloze şi glucide mai puţine pentru a evita meteorismul, fără exces de lichide şi fără NaCl; proteine în funcţie de momentul evolutiv. Antibiotice şi oxigenoterapie, Acylanide, Nidacil, Digoxină, digitalină, doze obişnuite sau reduse (trebuie uneori continuată luni de-a rîndul). Δ-Cortizonul este constant folosit în insuficienţa cardiacă a miocarditei interstiţiale de tip Fiedler, în miocardite virotice, în reumatism etc. Unii autori au obţinut rezultate favorabile şi în insuficienţa cardiacă a miocarditei primitive acute: Δ-cortizon 2 mg/kg/24 ore, 4—6 săptămîni; după aceea, doza se scade treptat pînă la dispariţia modificărilor electrice.

Profilaxie. Tratamentul precoce al unor boli ca reumatismul, difteria etc., care pot determina miocardite. Repausul necesar pentru boala respectivă, supravegherea inimii, ECG periodice etc.

TRATAMENTUL MIOCARDOZELOR

Miocardozele se pot instala în cursul: *a)* tulburărilor metabolismului proteinelor (disproteinemie, hipoproteinemia din insuficienţele hepatice); *b)* tulburărilor metabolismului grăsimilor (degenerescenţa grasă din cursul bolilor toxiinfecţioase etc.); *c)* tulburărilor metabolismului glucidelor (glicogenoze şi copii născuţi din mame diabetice); *d)* perturbărilor hidroelectrolitice (în hipocalcemie, hipopotasemie, supradozajul de cortizon sau ACTH); *e)* bolilor endocrine (hipotireoză); *f)* avitaminozelor (B, C, Kwashiorkor) şi hipervitaminozelor (D).

Tratamentul şi *profilaxia:* în funcţie de boala provocătoare.

TRATAMENTUL TULBURĂRILOR RITMULUI CARDIAC

Prezentăm unele date privind numai tulburările mai frecvente. Electrocardiograma este examenul de bază, în contextul clinic şi al examenelor paraclinice (*Cardiologia*, B. Teodorescu şi C. Păunescu, vol. II, ed. a 2-a, 1963).

Scanned with OKEN Scanner

TAHICARDIA SINUZALĂ

Vîrsta, jocul, sportul, factorii psihologici, constituţia etc. explică de cele mai multe ori tahicardia sinuzală, atît de frecventă la copii.

În unele situaţii patologice (infecţie de focar amigdaliană etc.) vom trata boala de fond; fenobarbitalul, bromurile sau rezerpina pot fi prescrise la adolescenţii instabili. Digitala nu are acţiune bradicardizantă asupra inimii sănătoase.

BRADICARDIA SINUZALĂ

Este mai rară la copil (în cardita reumatismală, hepatită, febra tifoidă, hipertensiunea intracraniană, insuficienţa tiroidiană, hiperpotasemie, după administrarea de glicozizi digitalici, hormoni corticosuprarenali, rezerpină). Este bine tolerată de copii şi nu necesită un tratament special.

ARITMIA SINUZALĂ

Este *dependentă* (sau independentă) *de respiraţie*; fiind fiziologică nu se aplică nici un tratament.

EXTRASISTOLELE

Sînt obligatorii anamneza şi examenul clinic, ECG, examenul radiologic, probele de laborator etc.

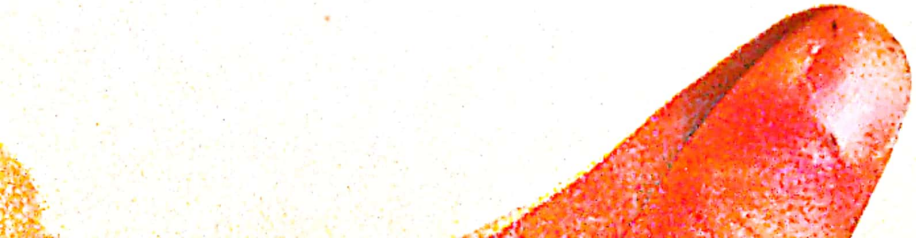
a) Unele extrasistole nu au nici o importanţă: cele care dispar la efort, iar examenul nu descoperă o boală cardiacă. Familia (şi copilul) vor fi asiguraţi că tulburarea nu are o semnificaţie patologică. Bromurile, fenobarbitalul sau rezerpina pot fi utile. Rezultate bune au fost obţinute cu difenilhidantoină (L. Ţurcanu, *Timişoara Med.*, 1967, nr. 2).

b) Alteori, extrasistolele sînt prima manifestare sau unul din simptomele unei cardiopatii sau al intoxicaţiei cu digitală sau chinidină.

Tratamentul: etiologic.

TULBURĂRILE ÎN CONDUCEREA STIMULULUI

Blocul cardiac poate avea sediu, grad şi semnificaţie foarte diferite. Unele tipuri pot fi congenitale şi prognosticul lor nu este totdeauna sever. *Blocul sinoatrial* nu necesită tratament, dacă boala cardiacă respectivă nu-l impune. *Blocul atrioventricular (A—V) de gradul I* poate apărea în cazuri de cardită reumatică, unele cardiopatii congenitale şi miocardite primitive, difterie, intoxicaţie cu digitală şi mai rar cu chinidină. Se face tratamentul bolii de fond; blocul în sine nu impune tratament. *Blocul atrioventricular de gradul al II-lea* apare de obicei în aceleaşi boli descrise mai sus. *Blocul atrioventricular de gradul al III-lea* este de obicei congenital, apărînd în unele cardiopatii congenitale, fibroblastoză endocardică, reumatism Bouillaud. Tratament: efedrină *per os* permanent; hidroclorotiazida sau benzotiazida pot fi utile; tratamentul reumatismului.



Scanned with OKEN Scanner

Sindromul Wolff-Parkinson-White (W-P-W) este o anomalie electrocardiografică care nu necesită de obicei vreun tratament, deşi 50—70% din copiii cu W-P-W au crize de tahicardie paroxistică supraventriculară, iar aproape 10% din toate tahicardiile paroxistice supraventriculare sînt provocate de W—P—W.

TAHICARDIILE ATRIALE ECTOPICE

Sînt urgenţe medicale care se tratează în spital; tratamentul poate fi aici numai schiţat. Etiologia: *bolile congenitale de inimă, reumatismul Bouillaud, miocarditele,* sindromul Wolff-Parkinson-White, unele viroze (prin intermediul unei miocardite), intoxicaţia cu digitală, fibroelastoza endocardului, tumorile cardiace etc. Cauza tahicardiei paroxistice supraventriculare şi a flutter-ului atrial nu poate fi totdeauna precizată. Flutter-ul atrial şi fibrilaţia auriculară sînt cele mai grave; ultima este provocată totdeauna de o boală cardiacă organică severă, de obicei cardita reumatică. Aceste tahiaritmii se complică repede: *insuficienţa cardiacă* apare cu atît mai precoce, cu cît vîrsta este mai mică, cu cît durata paroxismului este mai mare şi cu cît ritmul ventricular este mai rapid.

Tratamentul tahicardiei paroxistice supraventriculare. În prealabil trebuie să ne asigurăm că este o formă supraventriculară (atrială sau nodală), deoarece forma ventriculară are alt tratament.

Criza se poate opri spontan, în cîteva minute, dar copilul va fi supravegheat în continuare (clinic, ECG) cîteva zile.

Începem tratamentul prin stimularea vagului: *a)* prin exercitarea unei presiuni alternante asupra sinusurilor carotidiene, niciodată pe amîndouă de o dată; ca tehnică, se apasă pe artera carotidă cît mai sus posibil, comprimînd-o pe coloana vertebrală 30—60 secunde, în timp ce controlăm ritmul cardiac cu stetoscopul pe inimă. Ne oprim dacă se reinstalează ritmul sinusal; *b)* dacă nu reuşim, apăsăm globii oculari închişi, imediat după arcada orbitară, cîte 30 secunde (manevră dureroasă şi rău suportată); *c)* în caz de insucces şi la copiii mai mari: manevra Valsalva (expiraţie forţată cu glota închisă, după o prealabilă inspiraţie profundă) sau provocarea unei vărsături. Aceste procedee reuşesc rar, mai curînd la crizele scurte şi în absenţa insuficienţei cardiace.

Dacă nu am putut opri criza cu nici una din metodele descrise, administrăm *digitală* (Lanatosid C sau Digoxină). Doza de digitalizare (de saturaţie), (indicată la medicamentele respective) poate fi administrată: *a)* la început 1/2 din doză, urmată de 1/4 doză după 6—8 ore şi 1/4 după alte 6—8 ore; sau *b)* în decurs de 18 ore, în 3 doze egale. Vor fi respectate precauţiile descrise la medicamentul respectiv. (Criza se poate opri după prima sau a doua doză, mai ales în cazul Lanatosidului C; în acest caz oprim tratamentul.)

Dacă nu am putut reconverti ritmul după aceste 24 ore, dacă nu sînt semne clinice şi electrocardiografice de intoxicaţie digitalică şi dacă nu reuşim să oprim criza printr-o nouă manevră de stimulare vagală carotidiană, Nadas recomandă să continuăm digitala cu *precauţie*, administrînd în continuare la 4 ore cîte 1/6 din doza de digitalizare administrată în primele 18 ore, pînă ce obţinem reconvertirea ritmului sau se schiţează primele semne de intoxicaţie.

Scanned with OKEN Scanner

Nu avem experienţă cu chinidina; neostigmina şi acetilcolina pot determina stop cardiac la sugari.

Tratamentul flutter-ului atrial. Digitala este medicamentul de elecţie, deoarece răreşte ritmul ventricular, uneori restaurează ritmul sinuzal (direct sau prin intermediul fibrilaţiei), imediat sau la 2—3 zile după oprirea bruscă a administrării digitalei. Dacă persistă flutter-ul sau fibrilaţia, continuăm cu acea doză de digitală cu care putem menţine un bloc de 1 : 3 sau 1 : 4 şi încercăm să restaurăm ritmul sinuzal prin chinidină. Chinidina se va administra numai după digitalizare prealabilă.

Tratamentul fibrilaţiei atriale pune probleme foarte delicate; deşi tot digitala şi chinidina sînt medicamentele utilizate, gravitatea şi organicitatea bolii cardiace, ca şi particularităţile acestei tahicardii pun probleme care nu pot fi abordate la nivelul acestei succinte treceri în revistă.

TRATAMENTUL PERICARDITELOR

TRATAMENTUL PERICARDITEI REUMATICE

Dacă semnele clinice, radiologice şi/sau numai ECG ne demonstrează o pericardită (diagnostic diferenţial cu o dilataţie acută cardiacă) la un bolnav în puseu acut de reumatism Bouillaud, aceasta dovedeşte că puseul acut respectiv a fost tardiv depistat şi că bolnavul are o pancardită. Evacuarea revărsatului nu este necesară.

Deşi exsudatul pericardiac este rapid influenţat de preparate cortizonice (dispare în 2 săptămîni), leziunile endomiocardice (constante) ale acestor bolnavi impun un tratament de 8—12 săptămîni, care nu poate evita totdeauna sechelele endomiocardice.

Vindecarea este regula la nivelul pericardului; aderenţele laxe care pot rămîne la unii bolnavi nu au un răsunet hemodinamic.

TRATAMENTUL PERICARDITEI TUBERCULOASE

Este o localizare primo-secundară, care însoţeşte uneori importante adenopatii cazeoase, alteori se înscrie în cadrul unei poliserozite a cărei evoluţie subacută poate ajunge la ciroza cardiotuberculoasă Hutinel.

Tratamentul va fi *energic* şi *prelungit*. Tripla combinaţie streptomicină sau etionamidă + HIN + PAS va fi menţinută timp îndelungat şi asocierea HIN + PAS va fi continuată încă un an după dispariţia simptomelor.

Repausul la pat va fi de cel puţin 3 luni.

Corticoterapia poate fi asociată în formele acute primo-secundare, după ce ne asigurăm că tratamentul specific poate stăpîni tuberculoza respectivă. Durata nu este codificată, vom începe cu 1/2—2 mg Δ-cortizon/kg/24 ore; posologia va fi foarte încet scăzută după 2—3 săptămîni de atac.

Forma clinică a tuberculozei care determină — printre altele — o pericardită, ca şi riscul pericarditei constrictive, impun o urmărire de cel puţin 2 ani.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL PERICARDITEI ACUTE BENIGNE
(idiopatică, nespecifică sau virotică)

Diagnosticul diferențial cu pericardita reumatică este dificil, mai ales la început; el se bazează pe absența endomiocarditei și a unora din semnele biologice evocatoare de reumatism Bouillaud.

Se va administra acid acetilasalicilic 0,07—0,10 g/kg/24 ore, doză divizată în 6—(4) prize; posologia va fi de obicei diminuată după 7—10 zile. Corticoterapia (0,25—0,50 mg/kg/24 ore) poate fi impusă de simptome „toxice" severe sau de multiple recăderi.

TRATAMENTUL PERICARDITEI PURULENTE

Pericardita purulentă este provocată de *stafilococi*, pneumococi, streptococi *(H. influenzae)*, prin contiguitate (pneumonie, empiem) sau pe cale sanguină (osteomielită). Semnificația este severă, mai ales la sugar și copilul mic.

Pe lîngă antibioticele bactericide administrate pe cale generală (începem cu penicilină cristalizată + Methicillin, Cloxacilin, Oxacilin, lincomicină), impuse de boala de fond, de germen și de sensibilitatea sa (antibiograma germenului cultivat din sînge și din celelalte focare accesibile), antibioticul respectiv va fi injectat și în pericard, după o cît mai completă evacuare a puroiului și spălătură cu ser fiziologic (doze ca la pleurezia purulentă stafilococică). Unii specialiști se mulțumesc de obicei cu aceste pericardocenteze, alții recomandă drenajul chirurgical precoce (puroi gros, cloazonare).

Prognosticul îndepărtat este totuși bun.

TRATAMENTUL PERICARDITEI CONSTRICTIVE

Diagnostic diferențial cu insuficiența cardiacă cronică.

Este urmarea mai curînd a tuberculozei decît a unei pericardite purulente (pneumococice); etiologia nu poate fi totdeauna precizată.

Dacă constricția este severă (însoțită de stază periferică), pericardectomia este singurul tratament eficace. Momentul nu este însă totdeauna ușor de ales, în special dacă etiologia este tuberculoasă.

În cazul tuberculozei, operația va fi precedată, însoțită și urmată de un tratament specific intens (intervenția chirurgicală se impune la pericardita tuberculoasă care se agravează, deși tratamentul specific pare în rest eficace).

Înaintea intervenției se recomandă: repaus la pat, alimentație bogată în proteine, dar săracă în lichide și hiposodată, diuretice mercuriale, după unii și digitalizare prudentă.

TRATAMENTUL INSUFICIENȚEI CARDIACE

Unele particularități etiologice, clinice și terapeutice ale insuficienței cardiace la copil sînt izbitoare, cu atît mai mult, cu cît copilul este mai mic.

În primul și în al doilea an de viață, tabloul clinic este de multe ori clar; uneori poate fi înșelător dacă domină simptomele respiratorii, similare cu acelea din bronhopneumonopatii. Etiologia este dominată de bolile congenitale ale inimii; urmează ca frecvență miocarditele virotice și miocardita inter-

Scanned with OKEN Scanner

stițială acută tip Fiedler, bronhopneumonopatiile acute, tahicardia paroxistică etc.

La copilul mai mare deosebirile față de adulți sînt cu atît mai puțin evidente, cu cît copilul înaintează în vîrstă. Reumatismul Bouillaud este factorul etiologic predominant; urmează nefritele, anumite cardiopatii congenitale în a doua decadă a vieții, anemiile grave, endocarditele bacteriene etc.

Forme clinice. Insuficiența cardiacă dreaptă este provocată mai ales de atrezia aortei, transpoziția marilor vase, defectul septal interatrial etc.

Insuficiența cardiacă stîngă este determinată la sugari îndeosebi de fibroelastoza endocardiacă, tahicardia paroxistică, unele miocardite etc.; la copilul mai mare este provocată de aceleași leziuni mitrale sau aortice și de nefrite; la adulți, de coarctația aortei, persistența canalului arterial etc.

Insuficiența cardiacă globală sau combinată este forma cel mai des întîlnită. Ea este de obicei secundară unei insuficiențe cardiace stîngi și prin urmare este generată de toate bolile care determină această insuficiență. Poate apărea și ca o formă primitivă, determinată de boli care afectează de la început ambii ventriculi (reumatism, difterie, miocardoze, glomerulonefrită acută, tahicardie paroxistică atrială etc.).

Tratament. Deși principiile și mijloacele terapeutice sînt aceleași ca la adulți, aplicarea lor corectă și eficace la copil întîmpină dificultăți, pentru că posologia este delicată la această vîrstă. Terapeutica va ține seamă de etiologie, de forma clinică, de asocierea cu o pneumonopatie (la sugari), iar în ceea ce privește posologia, va ține seama de vîrstă, greutate și de răspunsul la tratament.

Urmărirea bolnavului și examenele paraclinice sînt cele motivate de particularitățile bolnavului și bolii, dar nu vor lipsi controlul frecvent al pulsului, ECG, ureea în sînge, examenul de urină și urmărirea cantității zilnice de urină, urmărirea zilnică a greutății, presiunea arterială, examenele impuse de etiologia probabilă etc.

Orice copil cu insuficiență cardiacă va fi internat în spital.

Prima măsură va fi *sedarea* copilului; este bine ca mama să rămînă pentru moment în spital cu copilul, în cameră izolată. Fenobarbitalul este excelent la orice vîrstă. Morfina se administrează numai la copiii mari. Oxigenarea va fi intermitentă: sub cort cu aproximativ 50% concentrație (dacă copilul mic nu se sperie și nu se agită din cauza cortului); sonda nazală este iritantă și relativ ineficace (numai în lipsa cortului).

Pentru diminuarea solicitării inimii este necesar *repausul* (poziția în funcție de vîrsta copilului și de preferințele lui). *Regimul alimentar* va fi sărac în sodiu; lichidele vor fi relativ limitate, în funcție de edeme și de diureză. Se va face evacuarea eventualelor revărsate și la nevoie flebotomie. Medicație hipotensivă, în caz de hipertensiune arterială importantă (nefrite). Copilul va fi cîntărit zilnic.

Digitala. Contraindicațiile medicației digitalice sînt foarte puține, așa încît se poate afirma că acest drog are prima indicație în aproape toate cazurile de insuficiență cardiacă la copil. Toleranța inimii copilului față de digitală este de obicei mai mare decît în cazul adultului; cu toate acestea, digitalizarea unui copil este o problemă care trebuie *individualizată*. Medicul va căuta să obțină rezultatul terapeutic cu doza cea mai redusă, deoarece

Scanned with OKEN Scanner

digitala este unul dintre puținele medicamente a cărui doză terapeutică este vecină cu doza toxică!

Înainte de începerea tratamentului ne asigurăm că bolnavul nu a primit un preparat digitalic cu eliminare lentă în ultimele două săptămîni sau Lanatosid C în ultimele 2 zile.

Tratamentul urmează aceleași principii ca la adult: cură de atac (rapidă sau lentă) și cură de întreținere.

În cura de atac se administrează doza de saturație sau doza de digitalizare, adică acea cantitate de digitală cu care se obțin maximum de efecte terapeutice, fără a se ajunge la simptome toxice. În cura de atac rapidă, aceste rezultate se obțin după (18)—24—36—(48) ore de tratament; în cura de atac lentă după 3—4 zile.

Cura de atac.

În cura de atac rapidă se ajunge la doza de saturație de obicei după 24 ore. *Rărirea pulsului*, ca și amendarea simptomelor insuficienței cardiace (reducerea presiunii venoase și a hepatomegaliei, dispariția dispneii și a ralurilor subcrepitante, creșterea diurezei) sînt cele mai bune criterii de eficacitate a curei de atac. Cura de atac poate fi prelungită, în rare cazuri, pînă la cel mult 48 de ore.

Rezultate similare pot fi obținute prin cura de atac lentă, cu doze zilnice mai mici, care se administrează timp de 3—(4) zile (doza totală corespunde în mare parte cu cea din cura rapidă, dar la care s-a adăugat o parte din cantitatea de digitală care s-a eliminat între timp).

a) În cazurile de extremă urgență va fi folosit *Lanatosid C* (Cedilanide, Isolanid), cu acțiune promptă și sigură în administrare parenterală. Eventualitatea unei intoxicații este limitată la cel mult o zi.

b) De cele mai multe ori este indicată Digoxina, al cărei efect maxim apare repede (după 2 ore) și este maxim după 6—8 ore, iar eliminarea este destul de lentă, intermediară între Lanatosid C și Digitoxină (efectul durează 4—7 zile, iar semnele maxime de toxicitate pot apărea în primele 2 zile). Această durată relativ lungă a acțiunii sale este determinată de o acumulare satisfăcătoare.

Digoxina este deci indicată ori de cîte ori dorim, pe lîngă o acțiune *rapidă* (dar nu imediată), să continuăm tratamentul cu o cură de întreținere.

c) Dacă bolnavul nu impune urgență, cura de atac rapidă se face cu Acylanide, Nidacil sau cu Digitoxină *per os*, la care efectul maxim se instalează cam după 6—8 ore. Cura de atac durează tot 24—36—(48) ore.

Posologia, atît de delicată la copii în general, este deosebit de nuanțată în cazul digitalei. Rezultatele optime — cu minimum de risc — se obțin datorită unei bune cunoașteri a farmacodinamiei preparatelor digitalice și unei permanente urmăriri a bolnavului, controlul ECG de 1—2 ori/zi.

Dacă nu putem să ne sprijinim pe acest control, posologia trebuie să fie mai prudentă, la limita inferioară a dozelor indicate, și controlul clinic va fi cît se poate de minuțios.

După cura de atac rapidă sau lentă, se administrează cura de întreținere atît timp cît este necesar.

Lanatosidul C nu este un medicament potrivit pentru cura de întreținere, deoarece se elimină repede (ritmul de eliminare zilnică este de 20% și se consideră că după 24—36 ore nu

Scanned with OKEN Scanner

mai asigură efecte terapeutice); pe de altă parte, injecţiile sînt greu de executat multe zile, iar administrarea pe gură dă rezultate inconstante. De aceea, după o cură de atac rapidă cu Lanatosid C cu rezultate favorabile — în cazul necesităţii unui tratament de întreţinere — vom face o pauză de 24—36 ore, după care bolnavul va fi din nou digitalizat timp de 24—36 ore (cu prudenţă) cu Digoxină, Acylanide, Nidacil sau Digitoxină, *utilizînd posologia cea mai joasă a medicamentului respectiv.* După aceea trecem la cura de întreţinere cu acelaşi medicament.

Reamintim că Digoxina se elimină ceva mai repede, în 4—7 zile, Digitoxina se elimină lent, în cea mai mare parte după 10—14 zile, dar eliminarea nu este completă decît după 21 zile.

În tot timpul tratamentului cu preparate digitalice, bolnavii nu vor primi calciu şi efedrină (adrenalina se poate administra cu prudenţă).

Deşi copilul arată de obicei o toleranţă bună faţă de digitală, totuşi sînt cazuri cînd *intoleranţa la digitală şi intoxicaţia cu digitală* pot apărea foarte devreme sau la o posologie moderată.

Trebuie precizat încă o dată că există *variaţii individuale foarte mari faţă de preparatele digitalice şi că dozele citate sînt numai o indicaţie generală. Diferenţa dintre doza eficace şi doza toxică fiind redusă, bolnavii vor fi supraveghiaţi foarte atent.*

Dozele variate la diferite vîrste şi în diferite situaţii patologice, cantităţile mici de substanţă care intră în calculul prizelor şi dozei globale, concentraţiile diferite ale specialităţilor folosite, dozele deosebite pentru calea bucală şi parenterală — toate acestea explică motivele pentru care medicul trebuie să fie foarte atent cînd calculează şi prescrie aceste droguri.

Vom mai reţine că dozele de digitală sînt diferite nu numai de la copil la copil, dar sînt în orice caz mai reduse la nou-născuţi şi prematuri şi că pot fi modificate de starea funcţiilor hepatice, renale şi de nivelul electroliţilor.

Strofantina G (ouabaina) este un bun cardiotonic, dar indicaţiile sale sînt limitate astăzi la insuficienţa cardiacă stîngă. Poate fi folosită — ca şi Lanatosidul C — în unele urgenţe, cînd urmărim un efect prompt. Cura de atac de 1—2 zile poate fi urmată de o cură de întreţinere timp de cîteva zile sau de un tratament cu digitală. Obligativitatea administrării pe cale intravenoasă poate fi un obstacol pentru folosirea ei la copil. Dacă s-a administrat în prealabil digitală, se recomandă o pauză de cel puţin 2 zile, după care se poate începe strofantina K (Kombetin). Pauza nu este necesară în cazul ouabainei.

Diureticele au rare indicaţii. Se va folosi Nefrix, Ufrix sau Lasix, 2—3 zile.

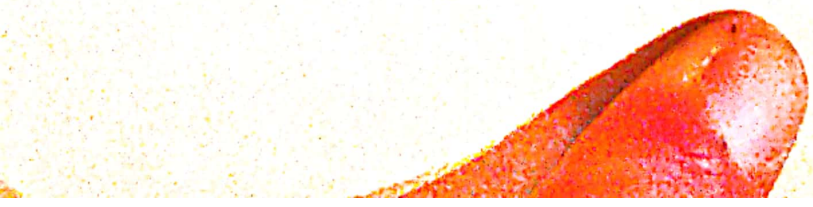
Antibioticele sînt indicate pentru o eventuală infecţie pulmonară, frecvent asociată la copilul mic.

Δ-*Cortizonul* este constant folosit în insuficienţa cardiacă „primitivă" a sugarului (vezi miocardita interstiţială tip Fiedler şi reumatismul).

Tratamentul bolii de fond care a provocat insuficienţa cardiacă se impune la toţi bolnavii.

TRATAMENTUL COLAPSULUI CARDIOVASCULAR

Colapsul cardiovascular este o *urgenţă medicală*, a cărei evoluţie poate fi ireversibilă dacă intervenţia nu este *imediată şi eficace.*



Scanned with OKEN Scanner

Problema principală este bineînțeles găsirea cauzei colapsului. Totuși, primele măsuri sînt impuse de mecanismul de producere a colapsului, fără să neglijăm unele aspecte simptomatice.

Prin urmare începem cu *tratamentul patogenic și simptomatic*, aplicînd concomitent sau ulterior și *tratamentul etiologic*.

Măsuri generale. — Copilul va fi culcat în decubit dorsal, cu capul în ușoară poziție declivă.

— Căile respiratorii superioare vor fi dezobstruate prin aspirație; oxigenoterapia poate fi începută (4—6 litri/min., sub cort) numai după ce începe să se remită insuficiența circulatorie acută.

— Copilul va fi încălzit prin: baie caldă, termofoare, pernă electrică, sticle calde.

— În caz de hipertermie, nu poate fi folosită ca hipotermizant decît clisma rece.

Tratamentul patogenic (și etiologic). Dacă excludem tamponada cardiacă, ce impune o conduită particulară, în patogenia colapsului domină:

— hipovolemia, care trebuie corectată prin reconstituirea masei sanguine;

— *prăbușirea rezistențelor periferice*, care trebuie combătută prin vasopresorii (la care asociem eventual preparate cortizonice).

Tratamentul patogenic și etiologic poate fi orientat astfel (E. Rossi):

1. *Colapsul hipovolemic* se instalează în deshidratarea acută, în hemoragiile profuze, în deficitul acut de sodiu (diaree, sudori profuze, evacuarea revărsatelor); mai ales la bolnavii supuși de multă vreme unui regim desodat și salidiureticelor, în arsurile întinse (pierderi importante de lichide), în insuficiențele suprarenale.

Tratament: transfuzii, administrare *i.v.* de apă și electroliți; hemostază în hemoragii; cortizon, DOCA și soluții hipertonice clorurate în insuficiența suprarenală acută; tratamentul infecției în toxicoză etc.

2. *Colapsul neurogen sau reflex* apare imediat în traumatismele grave și în arsurile întinse.

Tratament: vasoconstrictorii (eventual și cortizon); tratamentul cauzal respectiv.

3. *Colapsul toxic sau vasogen* se produce în pneumonopatii, difterie, febră tifoidă, septicemii, meningite purulente.

Tratament: vasoconstrictorii (eventual și preparate cortizonice); tratamentul cauzal respectiv.

4. *Colapsul cardiogen* (tamponada cardiacă datorită de obicei unei hemoragii mari în pericard, dar uneori și unei pericardite tuberculoase foarte abundente); lichidul pericardic sub presiune va fi evacuat prin puncție pericardică.

Din enumerarea măsurilor terapeutice imediate la copii în colaps, vom reține că:

a) *volumul mesei sanguine* va fi restabilit prin perfuzie. Pînă ce se instalează perfuzia, se vor injecta *i.v.* cu seringa 50—200 ml ser fiziologic (sau plasmă).

Prin perfuzie se introduc de obicei 150—200 ml ser fiziologic/kg/24 ore. La sugar și copilul mic se administrează 1/3 din cantitate în prima oră, o altă 1/3 în cele 3 ore următoare, iar restul în următoarele 20 ore. În cazul

Scanned with OKEN Scanner

perfuziei de plasmă sau sînge, cantitatea va fi de 20 ml /kg/24 ore; se pot adăuga electroliți în funcție de etiologie.

b) Medicamentele vasoconstrictorii vor fi folosite cînd masa sanguină nu este scăzută sau numai după ce s-a restabilit volemia.

Posologia medicamentelor vasoconstrictorii nu poate fi uniformizată și cadența administrării poate fi modificată în cursul tratamentului.

Vom da preferință căii intravenoase, care impune însă o supraveghere continuă a bolnavului.

Dacă nu există un deficit lichidian, medicamentele vasoconstrictorii vor fi diluate în cantități minime:

Noradrenalina (Norartrinal) este cea mai activă, dar impune și o supraveghere maximă a bolnavului. Fiola de 1 ml din sol. $2^0/_{00}$, care conține 2 mg bitartrat de noradrenalină, este echivalentă cu 1 mg noradrenalină levogiră-bază. Diluăm conținutul unei fiole în 250 mg lichid de diluție.

La început fixăm cadența perfuziei i.v. la 0,5 ml/min., pentru a obține 2 μ (bază)/min. Posologia *i.v.*, de 2μ/M²/min. trebuie însă ajustată în funcție de nivelul presiunii arteriale; folosim cantitatea care menține presiunea arterială maximă la 10—12 mm Hg (după vîrstă). Reducerea și creșterea ritmului de administrare vor fi făcute treptat.

Efedrina este de asemenea simpaticomimetică, dar acțiunea ei este foarte slabă.

Micorenul are acțiune centrală și se administrează în doză de 0,8 ml/M²/24 ore (*i.v.* sau *i.m.*); efecte similare, dar slabe, au și nicetamida, cofeina, pentetrazolul.

c) Cortizonul va fi administrat *i.v.* sub formă de hemisuccinat de hidrocortizon; se va injecta 25—50 mg *i.v.*, încet, în decurs de 4—5 minute sau se va dilua în lichidul de perfuzie.

În lipsă se poate folosi Urbason solubile 20-40 mg *i.v.*, în 4—5 minute. Acetatul de cortizon sau Supercortisolul acționează încet. Doza poate fi repetată.

d) Tratamentul etiologic va fi instituit în funcție de boala respectivă.

TRATAMENTUL HIPERTENSIUNII ARTERIALE

Hipertensiunea-simptom[1] este destul de rară la copii și diagnosticul bolii de fond poate fi stabilit destul de lesne; hipertensiunea arterială (H.A.) esențială este atît de rară, încît poate fi luată în considerație numai ca un diagnostic de excludere. H.A. este cel mai des provocată de *nefrite și coarctația aortei*. Dacă investigațiile sînt negative în această direcție, vom recomanda o urografie (pielografie, arteriografie) pentrucă H.A. poate fi determinată de o boală unilaterală renală.

În ordinea descrescîndă a frecvenței, enumerăm bolile care pot provoca o creștere semnificativă și persistentă a tensiunii arteriale:

1. Boli renale: glomerulonefrite acute, nefropatii asociate cu purpura anafilactoidă, nefrite cronice, pielonefrită (hipertensiunea postpielitică Fan-

[1] Au hipertensiune arterială copiii ale căror valori tensionale depășesc cu 20% valorile admise la vîrsta respectivă.

coni ar reprezenta o formă clinică deosebită), hidronefroză, bolile renale unilaterale.

2. *Coarctația aortei.*

3. Insuficiența aortei, persistența canalului arterial, tireotoxicoza.

4. Boli ale sistemului nervos central (poliomielită, encefalite, tumori cerebrale).

5. Intoxicații (cu mercur, cu plumb).

6. Tulburări endocrine (*tratamentele prelungite cu cortizon și ACTH*, feocromocitom, sindrom Cushing, hiperplazia congenitală corticosuprarenală).

7. Hipertensiunea arterială esențială.

Tratament. Dacă examenele au putut descoperi o leziune renală unilaterală sau o coarctație a aortei, intervenția operatorie respectivă este urmată de un deplin succes terapeutic.

În celelalte cazuri, tratamentul nu diferă de cel aplicat la adulți.

TRATAMENTUL REUMATISMULUI BOUILLAUD (R.B.)

Reumatismul Bouillaud este o boală încă *frecventă* la copii (1% dintre copiii de vîrstă școlară); cardita reumatică și sechelele ei reprezintă cea mai frecventă boală cardiacă a copilului.

Etiologie. Asocierea cu *streptococi hemolitici de grup A* este clar stabilită; R.B. este precedat cu puțin înainte de o angină sau de scarlatină la copii mari sau de infecții rinofaringiene mai puțin localizate la preșcolari.

Nu este încă bine precizat de ce numai unii copii (2—3% din infecțiile streptococice respective) se îmbolnăvesc de R.B., deși mulți din factorii etiologici sînt cunoscuți. Patogenia, încă controversată, este satisfăcător explicată prin teoria infectoalergică. Leziunile anatomopatologice cele mai precoce sînt nespecifice, exudative (în special în inimă, articulații și plămîn).

În contrast cu acestea, trăsăturile dominante ale infecției reumatice subacute și cronice sînt *cronic proliferative*: granulomul Aschoff, tromboze și cicatrice (mai ales în inimă, vase, plămîni, spații periarticulare, tendoane și sistem nervos central.

Tratamentul — numai în *spital* — trebuie să fie *precoce* (pentru că inima este lezată foarte repede, iar leziunile sînt la început exsudative, nespecifice și pot retroceda pînă la vindecarea fără sechele). Terapeutica urmărește să prevină instalarea leziunilor endo- și miocardiace și să atenueze (să vindece) ? leziunile exsudative apărute. Aceste obiective pot fi atinse numai în cadrul unui *tratament general.*

Bolnavul va fi urmărit clinic și prin: temperatură, puls, tensiune arterială, teleradiografie de inimă, ECG, fonocardiogramă, hemogramă, V.S.H., fibrinemie, ASLO, proteină C reactivă, examen de urină etc.

Scăderea și normalizarea V.S.H. rămîne unul din semnele cele mai fidele ale involuției și vindecării atacului acut de R.B. (dacă copilul nu are coree). Fibrinemia, proteina C reactivă și ASLO sînt testele biologice utilizate în același scop; primele două se modifică foarte repede, ECG este un indiciu sensibil, dar nu constant al carditei active; bolnavii pot avea o endo- și pericardită severă, noduli etc. cu ECG aproape normală. Adăugăm că unele

Scanned with OKEN Scanner

modificări ale ECG (blocul de gradul I) pot dispărea în primele 24 ore de tratament.

Măsurile terapeutice se centrează pe tratamentul general, igieno-dietetic, sterilizarea infecției streptococice (și evitarea reinfecțiilor streptococice în spital) și pe terapia antiinflamatorie, care a reușit în ultimii ani să modifice substanțial evoluția și procentul de sechele la bolnavii tratați precoce și corect.

Tratamentul igieno-dietetic al puseului acut

Mediul fizic. Este indicat ca spitalizarea să fie asigurată în camere mici, în care mai pot fi internați alți copii reumatici, nefretici etc., indemni de infecții acute.

Mediul psihic. Tonusul psihic al acestor bolnavi este scăzut din cauza bolii, internării lungi, separării de familie și lipsei de la școală; aplicarea unor principii pedagogice corespunzătoare poate să creeze un mediu favorabil.

Repausul. Copilul îl respectă spontan, cît timp se simte rău; vom căuta să-l continuăm pînă la normalizarea V.S.H. (primele două săptămîni de tratament); alte două săptămîni se permit plimbări în cameră (subsecție), cu repaus cîte două ore dimineața și după amiază (totodată și treptat masaj ușor și mișcări simple de gimnastică), apoi viață normală în spital (mici plimbări afară în anotimpul favorabil) în următoarele două săptămîni.

Aceste recomandări se pot aplica la primul puseu, fără cardită (sau cu modificări minime), în care caz copilul părăsește de obicei spitalul după 6 săptămîni și va putea merge la școală după alte 2—4 săptămîni de convalescență acasă. Durata repausului și a reluării treptate a activității fizice trebuie să fie însă mai lungă (cel puțin 2—3 luni) și individualizată la cardite evidente, formele grele, recidive etc.

Alimentația. După 1—2 zile de regim hidro-lactat, recomandăm 2—3 zile un regim lacto-făinos-vegetarian, care va fi repede înlocuit cu alimentația de durată: bogată în legume, fructe și proteine animale, relativ săracă în grăsimi, hiposodată. Aceasta ca o consecință a unor elemente etiopatogenice (hiperergie, eventuale insuficiențe proteice și exces de glucide) și a corticoterapiei.

Tratamentul medicamentos al puseului acut

Eradicarea streptococului și prevenirea reînsămînțării. Deși nu constituie o terapeutică propriu-zisă a procesului reumatic, penicilina ocupă un loc important în terapeutica puseului acut, pentru că asigură eradicarea streptococilor (la peste 90% din bolnavi titrul ASLO este ridicat și streptococii sînt prezenți la internare în faringele a cel puțin 50% din bolnavi) și împiedică reînsămînțarea în timpul internării (deci recăderile). Se va administra *penicilină cristalizată i.m.*, 800 000 (1 600 000) μ./24 ore, adică 200 000 — —(400 000) u. la 6 ore, timp de 10 zile; unii consideră că este suficientă și procain-penicilina: Efitard, 1 flacon la 12 ore, timp de 10 zile. După această cură de 10 zile, vom administra Moldamin în tot cursul internării (vezi profilaxia). Pentru bolnavii sensibilizați la penicilină: eritromicină timp de 10

zile. În caz de angină intercurentă, în cursul spitalizării se vor face culturi și se va administra penicilina ca la început (este probabilă o angină stafilococică).

Terapia antiinflamatorie (antireumatică propriu-zisă). Obiectivul principal: *să prevină, să atenueze (să vindece) leziunile endocardice și miocardice, să evite sau să atenueze sechelele lor*, în cadrul reducerii și stingerii procesului inflamator general și imunalergic. Nu este încă dovedit că acidul acetilsalicilic sau cortizonul poate să prevină sechelele cardiace.

Deși nu există un tratament specific al R.B., corticoterapia constituie un progres terapeutic, deoarece putem influența (intervenind precoce și cu o anumită posologie) cardita (endomiocardita) în măsură mai importantă decît cu medicamentele folosite înainte. Din acest punct de vedere, corticoterapia este evident superioară salicilaților și amidopirinei. Toți specialiștii sînt de acord că Prednisonul influențează procesul inflamator cardiac *mai prompt* decît acidul acetilsalicilic.

Astăzi este admis de mulți autori că datorită corticoterapiei (corect aplicată), endocardita poate fi prevenită dacă se începe tratamentul înainte de a apărea semnele clinice și ECG de cardită, iar 1/4—1/3 din suflurile sistolice *recente* dispar definitiv; pe de altă parte, cardita avansată este oprită în evoluție și de multe ori substanțial ameliorată; nu mai există cardită reumatică evolutivă.

Deși superioritatea corticoterapiei nu mai este astăzi pusă la îndoială, persistă totuși divergențe în ceea ce privește posologia, durata tratamentului, asocierea ei cu salicilații. Există și opinii divergente în ceea ce privește indicațiile tratamentului exclusiv cu acid acetilsalicilic. Considerăm că în această boală — în stadiul actual al cunoștințelor și posibilităților noastre terapeutice — *nu poate fi enunțată o schemă unică de tratament. Terapeutica antiinflamatorie trebuie să fie individualizată într-o oarecare măsură.* În acest sens, recomandările care urmează trebuie privite ca *provizorii* și numai *timpul va duce la conturarea unor concluzii durabil valabile.*

Cu aceste rezerve, credem că există totuși cîteva principii care pot constitui baza unei terapeutici eficace și cît mai puțin periculoase:

— *Diagnosticul precoce și aplicarea unui tratament imediat* (în majoritatea cazurilor determinările endocardice încep în prima săptămînă de boală. Medicul trebuie să cunoască bine evoluția R.B. (spontană și sub diferite tratamente) și farmacologia clinică a medicamentelor folosite.

— *Tratamentul antiinflamator va fi aplicat aproximativ 6—8—10—12 săptămîni*, aceasta fiind perioada de timp necesară vindecării unui puseu acut de R.B.

— *Corticoterapia la aproape orice puseu acut de R.B.:* sînt și situații în care acidul acetilsalicilic este tot atît de eficace (vezi indicațiile respective la p. 123). *Cortizonul nu va fi introdus înainte ca diagnosticul de R.B. să fie sigur.*

— *Corticoterapia se aplică numai în spital.*

— Tratamentul steroidic trebuie individualizat în funcție de *forma clinică* (aspectul general și *starea inimii*), *precocitatea intervenției terapeutice, vîrstă* (R.B. este de obicei mai grav la copiii mai mici), boli anterioare (reumatism cu cardită) și asociate, *evoluția sub tratament* etc.

Scanned with OKEN Scanner

Corticoterapia se aplică pe o perioadă de (3)—5—6 săptămîni la bolnavii cu endocardul normal sau cu semne discrete și incipiente de leziune endocardică și/sau miocardică, care retrocedează rapid sub tratament; tratamentul cu cortizon durează de obicei 10—12 săptămîni (cel puțin 6—8 săptămîni) în cazurile de R.B. cu cardită evidentă sau la formele severe. Cura de atac (în care timp nu se scade doza inițială) este codificată astăzi la cel puțin 2 sau 3 săptămîni. Eșirea din tratament se face treptat în scară și încet, Δ-cortizonul și Δ-hidrocortizonul (Prednison și Supercortisol în comprimate) sînt corticosteroizii de elecție.

Aceste cure lungi de preparate cortizonice sînt justificate de experiența clinică, care a dovedit că acțiunea tratamentului hormonal asupra manifestărilor endocardice *este lentă*. Procesul inflamator este puțin accesibil hormonoterapiei, din cauza structurii histologice avasculare a leziunilor, iar involuția sa lentă nu poate fi stabilită cu precizie; de aici și reticența unor autori, mai cu seamă autorii anglo-saxoni, de a recunoaște acțiunea determinată a hormonoterapiei asupra leziunilor endocardice.

Acidul acetilsalicilic ocupă un loc important în tratamentul antiinflamator.

Bolnavul va fi permanent și atent urmărit atît din cauza bolii, cît și din cauza riscului terapeutic (vezi efectele secundare la fiecare medicament în parte).

A. Corticoterapia

1. **Corticoterapia la primul atac de R.B.** a*) Puseu acut recent fără cardită evidentă (miocardită evidențiabilă, endocardită) sau cu discrete și recente semne de leziuni endocardice.*

Prednison timp de (4)—5—6 săptămîni, într-o cură de atac de 14—21 zile, cu aproximativ 2 mg/kg/24 ore (max. 60 mg/24 ore), urmată de o scădere treptată în săptămînile următoare (cu unele variante în această ultimă privință).

Schema α. Cură de atac 14—21 zile cu Prednison aproximativ 2 mg/kg/24 ore (max. 60 mg/24 ore), în 4 prize la 6 ore.

În decurs de alte 2—3 săptămîni, dozele vor fi treptat scăzute, în 4—5 trepte a 5 zile. Prin urmare, cura totală cu cortizon însumează 5—6 săptămîni.

Unii termină tratamentul cu o cură de 4 zile cu ACTH, care nu este absolut necesară dacă posologia a fost treptat diminuată, în decurs de cel puțin 2 săptămîni.

Este poate preferabil să se adauge acid acetilsalicilic o dată cu scăderea posologiei de Δ-cortizon sub 1 mg/kg/24 ore; acesta va fi continuat încă aproximativ 3—4 săptămîni după terminarea corticoterapiei.

Valoarea asocierii cu acidul acetilsalicilic este sigură pentru unii autori, probabilă pentru alții, dar sînt și specialiști care nu sînt convinși de aceasta.

Schema β. Prednisonul este administrat numai *3 săptămîni*, în doze relativ mari de aproximativ 60 mg/24 ore în primele 2 săptămîni, dozele fiind reduse repede în a treia săptămînă. Acidul acetilsalicilic este introdus

Scanned with OKEN Scanner

în doza de 0,085—0,10 g/kg/24 ore la sfîrșitul primei săptămîni de tratament cu Prednison și continuat timp de 6—8 săptămîni (v. p. 123).

Această cură scurtă ar fi suficientă, datorită *acțiunii precoce* a cortizonului asupra endo- și miocardului, iar îndepărtarea rapidă a corticoterapiei ar evita efectele colaterale severe din curele lungi și fenomenul de repriză evolutivă *(rebound)*; cura lungă cu acid acetilsalicilic ar asigura pe de altă parte, cu mai puține riscuri, vindecarea puseului reumatic.

b) *Puseu acut cu cardită evidentă.* Se recomandă cure lungi de 8—(10)—(12) săptămîni. Și aici sînt deosebiri în ceea ce privește durata curei de atac și avantajele asocierii cu acidul acetilsalicilic. Posologia curei de atac este oarecum fixată la 2 mg Prednison/kg/24 ore sau 40 mg/24 ore la copii sub 18—20 kg și 60 mg/24 ore la copii peste 18—20 kg (rar se depășește — și pentru scurt timp — 60 mg/24 ore).

Schema γ. Cură de 8—(12) săptămîni; cura de atac este limitată la 3 săptămîni, presupunînd că evoluția clinică și examenele paraclinice arată o involuție satisfăcătoare.

În decursul următoarelor 5—(9) săptămîni se scad treptat, în fiecare săptămînă, cîte 5—10 mg/zi.

Această limitare a curei de atac la 3 săptămîni nu este obligatorie: durata de 3 săptămîni corespunde perioadei în care se sting de obicei fenomenele acute și se obține maximum de retrocedare (?) al leziunilor endocardice.

Schema Δ. Tratament de 10—12 săptămîni: Prednison în doză de atac (60 mg/24 ore și în doze divizate la un copil de 30—40 kg), timp de 4 săptămîni.

Presupunînd că evoluția clinică și examenele paraclinice arată o involuție satisfăcătoare a procesului reumatic, posologia este brusc scăzută la 40 mg/24 ore și în doze divizate. Această etapă durează de asemenea 4 săptămîni.

Ieșirea din tratament se face treptat, reducînd 10 mg/zi la intervale de 5 zile.

În ambele eventualități poate fi adăugat acidul acetilsalicilic o dată cu scăderea posologiei Δ-cortizonului sub 1 mg/kg/24 ore; el va fi continuat încă 2—3 săptămîni după terminarea corticoterapiei.

Ultimile două scheme sînt indicate pentru: formele grave; — formele cu insuficiență cardiacă; — formele cu pancardită; — formele severe cu endocardită sau miocardită.

c) Este însă evident că R.B. nu poate fi limitat numai la forme clinice cu endocard indemn și la forme severe, grave. Există și forme de trecere, cazuri mai deosebite, care se disting de obicei prin una sau mai multe particularități: recunoașterea și/sau internarea mai tardivă, tratament inițial insuficient, tablou clinic general și biologic care se atenuează încet, leziuni endomiocardice mai nete și/sau care retrocedează mai puțin prompt decît sîntem obișnuiți. La aceste cazuri, a căror cardită — fără a fi severă — este netă, recomandăm o *schemă intermediară* cu o durată totală de 6—8 săptămîni, cura de atac fiind de 3 săptămîni și cu o reducere ulterioară, treptat în decurs de 3—5 săptămîni; uneori asociem acidul acetilsalicilic în ultimele 2—3 săptămîni ale corticoterapiei și 2—3 săptămîni după oprirea Prednisonului.

2. **Corticoterapia în recidive.** Corticoterapia este obligatorie la orice recidivă, dacă bolnavul a avut cardită la puseul (puseurile) anterioare.

Scanned with OKEN Scanner

B. Acidul acetilsalicilic

Considerăm că în R.B., superioritatea corticosteroizilor asupra acidului acetilsalicilic este:

— *probabilă* în ceea ce privește prevenirea carditei;

— *sigură* în ceea ce privește tratamentul precoce al carditei.

Totuși, acidului acetilsalicilic îi rămîn indicații importante în terapeutica puseului acut reumatic:

— cînd sînt contraindicații sau se constată efecte secundare serioase ale corticosteroizilor;

— pare să prevină fenomenul de *rebound* cînd este introdus în cursul corticoterapiei (vezi mai sus);

— poate fi administrat în asociere cu întreaga cură de cortizon;

— unii specialiști îl prescriu exclusiv la bolnavii „fără cardită". Este evident că acidul acetilsalicilic este suficient de activ pentru a vindeca un puseu acut la care inima este și rămîne „indemnă". Aceste forme sînt însă rare, trebuie surprinse în timp util (foarte devreme) și pot fi depistate de obicei datorită unei poliatrite zgomotoase, care determină internarea rapidă a bolnavului. Credem că numai o experiență clinică serioasă și o urmărire strictă (clinică și prin examene paraclinice) permite acest diagnostic și acest tratament atît la internare, cît și de-a lungul evoluției puseului respectiv.

În unele situații noi începem tratamentul numai cu acid acetilsalicilic la un prim puseu fără cardită sau în caz de recidivă la un bolnav care nu a avut cardită la puseul anterior, dar sîntem siguri că este vorba de un puseu acut de R.B. și că inima este indemnă. Urmărim atent bolnavul în zilele următoare. Uneori, evoluția ne dă dreptate și nu avem nevoie de a introduce ulterior preparate cortizonice, alteori (după cîteva zile) trecem la corticoterapie (atunci cînd bolnavul schițează o endomiocardită).

Posologia va fi aceea care asigură o salicilemie eficace. În caz că nu se pot practica dozările de control, se va administra după cum urmează: *a)* în cură de atac cu 0,085—0,10 g/kg/24 ore în 6—4 prize la 4—6 ore, după mese, fără a depăși 5 g/24 ore; doza de 0,12 g/kg/24 ore provoacă de obicei accidente! Doza optimă este menținută pînă ce dispar semnele clinice de activitate a procesului V.S.H. și hemograma s-au normalizat și (dacă este realizabil) pînă ce a dispărut proteina C reactivă; această perioadă însumează de obicei 20—30 zile. Continuăm încă 10—20 zile cu 2/3 din doza de atac. În ultimile 30—40 zile ale curei scădem treptat la 1/2—1/3 din doza de atac. Durata totală a curei 2 1/2 —3 luni; sau *b)* (J. Lind): 3,5 g/M²/24 ore în primele 2 zile, apoi 3 g/M²/24 ore în următoarele 5 zile și 1,75—2 g/M²/24 ore în săptămînile a 2-a și a 3-a.

Aceeași posologie poate fi utilizată cînd se asociază acidul acetilsalicilic cu corticoterapia, spre sfîrșitul curei de cortizon.

Apariția fenomenului de *rebound* este favorizată de oprirea bruscă a tratamentului cu acid acetilsalicilic.

Prevenirea accidentelor salicilice: medicamentul va fi administrat după ce bolnavul a ingerat lapte, pîine, biscuiți. De 1—2 ori pe săptămînă se va injecta *i.m.* o fiolă de vitamină K; bolnavul va fi urmărit cu atenție și la cel

Scanned with OKEN Scanner

mai mic semn de intoxicație (polipnee adîncă), suspendăm tratamentul salicilic 1—2 zile; după dispariția fenomenelor, putem relua tratamentul cu doze mai mici sau cu alt medicament antireumatic.

C. Salicilatul de sodiu

Acest drog este tot mai rar folosit, deoarece acidul acetilsalicilic este mai bine tolerat în dozele necesare pentru obținerea unei salicilemii eficiente. Credem că posologia cea mai potrivită este de (0,10) —0,12 g/kg/24 ore (fără a fi asociat cu bicarbonatul de sodiu), în (4)—6 prize la (6)—4 ore sau sub formă de poțiune: *Rp. Natrium salicylicum* 4 g, *Julep gumos* 15 g, *Sirupus simplex* 30 g, *Aqua destill. ad* 90 g, cîte 1—11/2 lingură la 6—4 ore (pentru 24 ore), asociat cu lapte sau alte alimente (copil de 30 kg); se mai poate administra în cașete sau ca Reumacif (absorbția este neregulată).

Prevenirea accidentelor: vezi mai sus la acidul acetilsalicilic și la p. 255.

D. Aminofenazona

Sîntem foarte rar obligați să prescriem numai aminofenazonă (în cazul contraindicațiilor pentru Prednison și pentru salicilați — boală ulceroasă). Aminofenazona este mai puțin activă decît acidul acetilsalicilic; deși este foarte bine tolerată de copilul reumatic, nu trebuie uitat riscul agranulocitezei.

Posologie: cura de atac durează 30—40 zile; la copii II se administrează 0,20 g×4—5/24 ore; la copii III, dozele vor fi de 0,30 g×4—6/24 ore, sau aproximativ 0,05 g/kg/24 ore, fără a depăși 1,80 g/24 ore sau (0,20)—0,15—0,10 g/an de vîrstă/24 ore, fără a depăși 1,80 g/24 ore; continuăm încă alte 30—50 zile cu doze de 2/3—1/2 (treptat) din doza inițială. Cură totală: 2 1/2—3 luni. Săptămînal se va practica o leucogramă.

Repriza evolutivă *(rebound)* poate apărea la oprirea tratamentului antireumatic, îndeosebi după curele scurte de cortizon și mai ales dacă posologia a fost diminuată prea repede. Temperatura și V.S.H. cresc ușor (V.S.H. la 15—20 mm/1 oră), reapare proteina C reactivă.

Uneori, fenomenele dispar de la sine în 3—4 zile. Dacă fenomenele nu dispar în 5—(7) zile și/sau dacă V.S.H. crește mai mult și apar fenomene articulare sau se asurzesc bătăile cardiace, considerăm că ne aflăm în fața unei *recăderi* și reluăm tratamentul hormonal.

Tratamente asociate. Protecția hepatică (Mecopar 1/zi), vitaminizare cu Viplex 2/zi sau polivitamine 5—6/zi, în rest după caz. Atenție la copii cu IDR la tuberculină pozitivă și/sau antecedente de tuberculoză, boală ulceroasă sau gastroduodenită.

Tratamentul complicațiilor. Insuficiența cardiacă. Cardita severă poate determina insuficiența cardiacă: se recomandă digitalină și diuretice.

Pericardita: vezi p. 112.

Coreea reumatică se tratează după cum urmează:

a) Izolare în cameră liniștită și întunecoasă într-o primă perioadă.

b) *Tratamentul mișcării coreice* (necesar 7—10 zile de obicei). Se folosește unul din medicamentele următoare: *Tioproperazină* (Majeptil) pare să fie medicamentul de elecție; rezultatele sînt evidente după 3—5 zile; — *Feno-*

Scanned with OKEN Scanner

barbital, 0,20—0,30 g/24 ore, repartizat în 3 prize la 8 ore; — *Clorpromazină* 1,5—2—(3) mg/kg/24 ore, începînd cu doze mai mici și urcînd pînă la efectul dorit (atenție la efectele secundare); — *Rezerpină* în formele prelungite; — *Meprobamat*; — *Levomepromazină* (rezultate neconcludente); notăm că Prednisonul nu influențează evident mișcarea coreică.

c) Tratamentul reumatismului (Δ-cortizon, penicilină etc.). Coreea reumatică este de obicei expresia unui reumatism sever și prelungit (C. Radu, *Pediatria*, 1964, nr. 4), netratat sau insuficient tratat. Prin urmare se va aplica cura de 6—8 săptămîni de cortizon.

Conduita în postcriză

În funcție de procesul reumatic și de readaptarea copilului la modul obișnuit de viață, această perioadă se împarte în două subperioade: perioadele de îngrijire sanatorială sau de dispensarizare la domiciliu și perioada de adaptare la regimul școlar.

În ambele perioade, tratamentul vizează: vindecarea procesului reumatismal; — menținerea rezultatelor obținute; — adaptarea treptată a copilului la regimul obișnuit de viață; — prevenirea recidivelor.

În prima perioadă, cînd copilul părăsește spitalul cu procesul reumatic încă nestabilizat complet, este necesar ca el să fie trecut într-un mediu cu condiții bune de viață, de tratament și de urmărire. Desigur că este preferabil ca bolnavul să rămînă internat timp suficient, mai ales în cazul cînd condițiile de la domiciliu nu sînt propice pentru asigurarea vindecării. De felul în care este îngrijit depinde în mare măsură, în această perioadă, evoluția ulterioară a bolii (și a leziunilor cardiace). Pentru îndeplinirea acestor obiective este indicată sanatorizarea copiilor reumatici; la baza regimului de viață stau repausul și activitatea dirijată atît sub formă de cultură fizică medicală, cît și sub formă educativă. În lipsa sanatoriilor, copiii vor fi dispensarizați la domiciliu prin cabinetul de reumatologie și circumscripția sanitară. Durata supravegherii la domiciliu sau sanatoriu va fi cu atît mai lungă, cu cît: vîrsta copilului este mai mică, atacul acut a fost mai sever și mai prelungit, leziunea cardiacă mai gravă și numărul recidivelor mai mare.

În general, durata dispensarizării active va fi:

1. În formele ușoare (fără leziuni cardiace): 1—(2) luni după părăsirea spitalului.

2. În formele medii cu valvulopatii ușoare, bine compensate: 2—3 luni după părăsirea spitalului.

3. În formele prelungite, cu insuficiență cardiacă: 6—10 luni.

Pentru copiii dispensarizați la domiciliu, regimul de viață va fi individualizat. Copiii care nu au avut cardită pot merge la școală după 3—4 săptămîni de urmărire la domiciliu. *Copiii care au avut cardită*: se va recomanda bolnavilor în prima săptămînă repaus mai mult la pat și executarea de mici mișcări de flexiune și extensiune a membrelor, timp de 15—20 minute; se permit mici plimbări prin casă sau în jurul casei. Dacă copilul nu acuză oboseală și testele de evoluție reumatică se mențin normale, se crește progresiv durata programului de exercițiu fizic medical, dar într-un ritm lent, în așa

Scanned with OKEN Scanner

fel ca după 2—3 luni copilul să poată lua parte la jocuri ușoare (fără alergări) domino, șah, cuburi, lucru manual, împletit, mulaje, aruncarea mingii, desen și citit etc. (după vîrstă).

După acest interval și dacă testele de evoluție reumatică se mențin bune (la 2—3 luni de la părăsirea spitalului), copilul poate relua învățămîntul școlar. Trecerea de la repaus la activitatea școlară se va face de asemenea treptat. Se va lua legătura cu secția de învățămînt pentru școlarizarea copiilor la domiciliu (avizul Ministerului Învățămîntului nr. 35 430/1963).

Medicul școlar va supraveghea cu atenție readaptarea copilului reumatic la regimul școlar, dînd și explicațiile necesare directorului școlii și profesorilor respectivi; el va elibera și o adeverință pentru școală, în care va indica restricțiile și durata lor.

În ceea ce privește gimnastica școlară, așa cum se predă în mod obișnuit, aceasta va fi reluată în anul școlar următor, după caz. Se vor evita probele de efort sau acestea vor fi limitate, dacă este cazul, la exercițiile de încălzire și relaxare.

Profilaxia reumatismului Bouillaud

Se vor aplica în general măsurile prevăzute în broșura „Îndrumări tehnice și metodologice privind prevenirea și combaterea bolilor cardiovasculare, reumatismului, cancerului și unor afecțiuni dermatologice", M.S.P.S., 1964, p. 90—98. Aducem aici numai cîteva precizări.

1. *Prevenirea infecției reumatice.* Călirea organismului și tratamentul corect al anginelor streptococice.

2. *Prevenirea recidivelor.* Copilul va fi urmărit după părăsirea spitalului prin cabinetul de reumatologie, policlinica de copii sau medicul de circumscripție. În afara măsurilor citate la conduita în postcriză, se va continua după externare profilaxia cu antibiotice.

a) *Profilaxia infecțiilor streptococice se face cu penicilină* (dacă bolnavul nu este sensibil la penicilină); benzatin penicilină 600 000 u., Moldamin la fiecare 7 zile sau 1 200 000 u. la 14 zile sau penicilină V, 2 comprimate/zi; unul la 12 ore (pe cît posibil copilul nu va mînca 3 ore înainte și 1 oră după priza de penicilină). Calea injectabilă va fi evitată la copii cu leziuni cardiace mari.

Tratamentul nu va fi întrerupt timp de 5 ani sau mai mult.

Toți specialiștii sînt de acord asupra acestui termen minim de 5 ani; unii autori recomandă să fie prelungit pînă la vîrsta de 21 ani, dacă copilul are recidive de R.B. în timpul profilaxiei de 5 ani sau dacă termenul de 5 ani expiră înainte ca bolnavul să fi ajuns la vîrsta de 21 ani. La cei cu sechele cardiace, profilaxia va fi îndefinită (în orice caz pînă la vîrsta de 21 ani).

Sulfizoxazol este indicat numai în caz de alergie la penicilină; se administrează o dată /zi dimineața, în doză de 0,50 g la copii sub 25 kg și de 1 g la cei peste 25 kg (atenție la fenomenele secundare, care apar mai ales în primele 2 luni). Profilaxia aceleiași perioade de timp ca în cazul penicilinei.

Scanned with OKEN Scanner

La orice angină intercurentă se vor practica culturi din nas și din faringe și se va aplica de la început tratamentul anginei streptococice.

b) Mărirea rezistenței organismului prin evitarea sau înlăturarea factorilor care au rol adjuvant în etiopatogenia R.B., ca și prin călire.

c) Adenoamigdalectomia are aceleași indicații ca și la copiii care nu au avut R.B. Pe cît posibil nu se va interveni înainte de 6 luni după corticoterapie.

Tratamentul recidivelor. Recidivele nu apar decît la 5—(10%) din foștii bolnavi cărora li se aplică o profilaxie corectă cu penicilină (sau Sulfizoxazol). În cazul indicației medicației cortizonice, acesta va fi administrată cel puțin 6—8 săptămîni. În rest, același tratament ca la primul puseu.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL AFECȚIUNILOR APARATULUI DIGESTIV[1]

TRATAMENTUL STOMATITELOR

Stomatitele sînt procese inflamatorii ale mucoasei bucale; unele sînt favorizate de traumatisme (corpi străini), igiena defectuoasă a gurii, distrofie, carențe vitaminice, tratamente prelungite cu antibiotice (cu sferă largă mai ales), *contagiune* (în secții de nou-născuți, spitale de copii).

Principii generale în terapia stomatitelor. Profilaxie. Evitarea contagiunii, mai ales în colectivitățile de copii și spital, prin veselă și tetine individuale; tratamentul terenului; evitarea curelor lungi cu antibiotice; vitaminizare corectă.

Tratament. Alimentație lichidă sau omogenă, neiritantă (sare, acizi), nu prea caldă; ceai la sfîrșitul fiecărei mese.

Gargară (III) sau spălături în gură (I-II) cu pară de cauciuc, seringă, irigator, folosind: ceai de mușețel (cu cîteva picături de tinctură ratanhia, soluție de Romazulan, sau ceai cu 1—3% apă oxigenată; unii recomandă în același scop *kalium permanganicum* în sol. 1/5 000—1/10 000 sau gargarism (III): 5—10 pic. la un pahar cu apă.

Copiilor peste 4—5 ani li se poate prescrie Faringosept.

Vitamine: vitamină C 200, 1 000 mg/zi; vitaminele B_2, B_6 și PP sau complexul vitaminelor B (Electovit, Viplex, polivitamine, Cavit 9 sau sub formă injectabilă). Nu se va traumatiza mucoasa bucală și gingivală prin manevre mecanice și/sau antiseptice iritante. Modificarea terenului.

TRATAMENTUL STOMATITEI CATARALE

Această formă se vindecă la sugari de obicei spontan în cîteva zile. La copii mai mari: spălături, gargară, Faringosept.

TRATAMENTUL STOMATITEI AFTOASE

Stomatita aftoasă reprezintă *primoinfecția cu virusul herpetic*; uneori sînt contaminări intrafamiliare sau în spital. Durata: 1—(2) săptămîni.

[1] În colaborare cu Dr. Ion Ursuleanu.

Scanned with OKEN Scanner

Profilaxia față de sănătoși: izolare, veselă separată.

Tratamentul trebuie să fie *blînd, de cruțare*:

— spălături, gargară, Faringosept, după vîrstă și forma clinică;

— în cazuri mai severe: a) atingeri foarte blînde de 2—3 ori/zi (mucoasa nu va fi ștearsă) cu: *Rp.* Tra. Ratanhia 5 g, Glicerină *ad* 50 g; b) dacă durerile împiedică alimentația: *Rp.* Anestezină 2 g, Lactoză 40 g, pentru pulverizat cu 10 minute înainte de mese sau *Rp.* Anestezină 2 g, Glicerină 20 g, pentru atingeri ale mucoaselor cu 10 minute înainte de mese; c) Vitamina B_6 (ar atenua durerile); d) Algocalmin împotriva durerilor; e) Bromoval împotriva insomniei; f) acid acetilsalicilic împotriva febrei și durerilor. Atingeri cu Stamicin (suspensie în glicerină), dacă frotiul arată predominanța ciupercilor levuriforme.

— antibioticele vor fi folosite dacă suprainfecția secundară este evidentă (adenopatii etc.).

Este util ca acest tratament să fie precedat de un examen al secreției de la nivelul leziunilor gingivale sau de pe amigdale. Tratamentul ulterior va fi individualizat în raport cu rezultatele frotiului, culturilor, antibiogramei. Examenul urinii este obligatoriu în timpul bolii și în convalescență.

Boala poate recidiva la copilul mare și este o afecțiune foarte supărătoare (alergie? factori nervoși?).

TRATAMENTUL STOMATITEI ULCEROASE

Punctul de plecare al stomatitei ulceroase poate fi uneori o boală infecto-contagioasă (ca rugeola) sau dinți cariați (de tratat după boală). Ea poate preta la confuzii cu boli ca leucemia, agranulocitoza.

Etiologia este adesea fuzospirilară (se vor recolta secreții și frotiul va fi colorat cu coloranți speciali) și deci penicilina cristalizată are aici o indicație majoră.

În afară măsurilor citate mai sus se mai recomandă:

— atingerea ulcerațiilor cu sol. nitrat de argint 2% × 2—3/zi sau tinctură de iod precedată de anestezie cu sol. novocaină 2%, eventual Stamicin, ca mai sus;

— antibiotice: penicilină cristalizată 200 000—500 000 u. la 6 ore, asociată cu streptomicină 0,02—0,03 g/kg/24 ore în 4 injecții sau tetraciclină;

— în formele grave se va recurge la transfuzii, γ-globuline.

Examenul urinii este obligatoriu în timpul bolii și în convalescență.

TRATAMENTUL STOMATITEI CANDIDOZICE (MUGUET)

Apare la nou-născuți normali (colectivitate) la sugari și la copii mici serios bolnavi (mai ales cu tulburări digestive) și este favorizată (la orice vîrstă) de tratamentele lungi cu antibiotice, mai ales de cele cu sferă largă.

Profilaxia este importantă la nou-născut (nu se va șterge gura, iar vesela și tetina vor fi strict individuale), în spitalele de copii, la bolnavii grav. Bolnavii cu stomatită candidozică din colectivitățile de copii vor fi izolați. Se vor evita antibioticele cu sferă largă, care pot duce la extinderea afecțiunii pînă la septicemia cu *Candida*.

Tratamentul bolii de fond este obligatoriu pentru vindecarea afecțiunii (de exemplu tulburările digestive la sugar).

Tratamentul local: în lipsa unui tratament specific, se recomandă atingeri blînde de 3—4 ori/zi cu sol. 0,25—0,50% violet de genţiană, tratament eficace, dar care nu poate fi aplicat decît 3 zile, putînd provoca ulcerații (vezi p. 333). Eventual poate fi alternat cu *Rp.*: Stamicin 1 000 000 u., Glicerină 10 g.

Acidul boric este contraindicat (p. 256).

Dacă boala are tendinţă extensivă, se va administra Stamicin *p.o.*, pentru a preveni o eventuală moniliază digestivă.

TRATAMENTUL STOMATITEI ANGULARE (PERLÈCHE, ZĂBĂLUȚĂ)

Apariţia zăbăluţei este favorizată (provocată chiar) de carenţele vitaminelor complexului B (Vitamina B_2 îndeosebi); carenţa marţială poate juca de asemenea un rol. Etiologia infecţioasă (streptococi şi alţi piogeni) este certă în scarlatină şi în angina streptococică.

Tratamentul local. Crustele vor fi curăţite cu vată înmuiată în Ol. helianthi; se vor practica apoi atingeri cu tinctură de iod sau cu sol. 5% nitrat de argint; după aceea, unguent cu tetraciclină, unguent sulfamidat 10%, sau unguent oftalmic 2%.

Tratament general. Vitaminele complexului B, mai ales vitamina B_2, 1—2 fiole *i.m.*/zi, timp de 3—4 zile; Electovit 2—3 drajeuri/zi, imediat după mese; fier; tratamentul infecţiei streptococice.

TRATAMENTUL BOLILOR PAROTIDEI

TRATAMENTUL PAROTIDITEI SUPURATE

Parotidita supurată poate apărea la *sugari distrofici* şi copii *hipotrofici* suferinzi de *boli grave.* Prematuritatea, traumatismul regiunii la naştere sînt factori predispozanţi, care întunecă prognosticul.

Diagnosticul este înlesnit în contextul infecţios general şi local de apăsarea pe glandă, care face să apară puroi la orificiul canalului Stenon.

Tratamentul este acela al infecţiei stafilococice grave (germenul obişnuit al acestei supuraţii).

TRATAMENTUL PAROTIDITEI RECIDIVANTE

Tabloul clinic este caracteristic. Etiologia este în schimb puţin clară: factori familiali, alergie, spasm al canalului Stenon, tulburări endocrine (diabet, tulburări gonadice). Sînt incriminaţi şi unii microbi sau unele virusuri.

Diagnostic diferenţial prin sialografie cu parotidita chistică dureroasă, calculi salivari, tumori.

Boala se vindecă singură (total sau parţial) în 2—3 săptămîni. Un rol adjuvant pot avea antihistaminicele: Feniramin, Romergan, Clorfenoxamină, Nilfan. Dacă etiologia infecţioasă este probabilă, pot fi încercate şi antibiotice, alese în funcţie de antibiograma germenilor cultivaţi din saliva recoltată prin presiune pe parotidă.

Scanned with OKEN Scanner

Creşterea insuficientă în greutate. a) Cea mai frecventă cauză este subalimentaţia; ea poate provoca uneori constipaţie şi foarte rar „diaree de foame". Va fi pusă în evidenţă prin proba suptului timp de 24 ore sau prin cîntărirea sugarului la 3—4 zile interval.

Secreţia lactată poate fi stimulată prin tehnica corectă a alăptării şi golirea completă a sînilor. Dacă nu se normalizează creşterea, se va introduce alimentaţia mixtă.

b) Bolile organice pot de asemenea să încetinească creşterea.

c) În rare cazuri (unii prematuri sau sugari născuţi la termen dar neuropaţi, diatezici, cu nevoi mari de proteine), creşterea poate rămîne insuficientă, deşi raţia de lapte matern suptă este normală. Dacă în 2 săptămîni creşterea este insuficientă, 1—2 supturi pot fi temporar înlocuite cu Eledon, Kaukasan „cu grăsime" 10% sau lapte praf Lacto 10% sau lapte praf integral 9—10% (în mucilagiu de orez sau fiertură de Zeamil sau făină de orez 1—2% şi cu adaos de zahăr 5%).

Constipaţia. Dacă creşterea în greutate este normală, constipaţia este de obicei numai aparentă, fiind datorită digestiei integrale a laptelui de femeie.

În caz de constipaţie severă (mai mult pentru a linişti mama) se poate recomanda: supozitor cu glicerină la 48 ore, suc de fructe la sugarii peste 2—3 luni, eventual 1 g lactoză × 2—4/zi. Diversificare treptată după vîrsta de 3 luni. Nu se vor folosi alte laxative, purgative, clisme.

Dacă creşterea în greutate este insuficientă, de cele mai multe ori este o pseudoconstipaţie prin *subalimentaţie.*

Cauzele organice sînt rare: boala Hirschsprung, hipotiroidie, fisură anală, stenoză intestinală şi anală etc.

Tulburările digestive minore din a 2-a — a 3-a săptămînă de viaţă (**distonie neurovegetativă**) sînt foarte frecvente şi nu au importanţă patologică dacă *creşterea* şi *aspectul* copilului sînt normale, sînt de fapt *pseudodispepsii.*

Dacă tulburările (diaree, eritem perianal, colici) devin supărătoare pentru copil (şi îngrijorează mama), se poate recomanda:

a) căldură uscată (termofor, pernă electrică) pe abdomen, mai ales în timpul suptului;

b) tegumentele regiunii perianale vor fi protejate prin pudre sau creme; scutecele vor fi des schimbate;

c) dozele mici de calciu pot fi utile: *Aqua calcis,* cîte o linguriţă înainte de fiecare supt sau *Rp.*: *Calcium phosphoricum tribazicum, Calcium carbonicum, Bolus alba aa* 10 g. D.S. de 3—4 ori/zi între supturi cîte un vîrf de cuţit.

Simptome asemănătoare pot fi rareori provocate şi de subalimentaţie („diareea de foame"). Conduita: creşterea secreţiei lactate a mamei, înlăturarea factorului care scade forţa de supt a sugarului (muguet, supraîncălzire, coriză etc.); dacă nu reuşim, alimentaţie mixtă.

Rareori pot fi incriminate şi excesul de nicotină (dacă mama fumează mult) sau laxativele, purgativele folosite de mamă, care conţin aloe, *frangula, folia sennae* etc.

Dispepsiile. Etiologia hotărăşte tratamentul unei *dispepsii adevărate* (scaune numeroase — mai mult de 5/24 ore — cu stare generală alterată,

Scanned with OKEN Scanner

agitație, vărsături, stagnare sau chiar scădere în greutate). Dispepsiile adevărate pot fi:

a) Dispepsii prin supraalimentație (situație foarte rară), cînd se recomandă rărirea temporară a numărului supturilor (5—4) și a duratei lor (10 și chiar 5 minute); nevoile de lichide se vor completa prin ceai cu zaharină. Mama își va stoarce sînii ca să păstreze secreția lactată intactă.

b) Dispepsiile infecțioase. În cursul infecțiilor respiratorii pot apărea *dispepsii parenterale* la copii din mediul familial; ele beneficiază în cea mai mare măsură de tratamentul bolii de bază. Tratament dietetic.

Diareea de origine *infecțioasă enterală* este foarte rară și apare în condiții epidemiologice speciale: *contaminare intraspitalicească* (creșă) sau acasă, dacă vreun membru al familiei suferă de o infecție acută intestinală. Germenii responsabili sînt *B. coli* patogen, salmonele, dizenterici.

Coprocultură înainte de orice antibiotic! Dietetica este cea indicată la formele severe ale dispepsiilor parenterale. Măsurile de izolare și antibioticele vor fi aceleași ca la dispepsiile infecțioase enterale ale sugarului alimentat artificial.

O poziție specială o ocupă diareea epidemică a nou-născuților (p. 135)

TRATAMENTUL TULBURĂRILOR DIGESTIVE ACUTE ALE SUGARILOR ALIMENTAȚI MIXT ȘI ARTIFICIAL

Sinonime: diaree infantilă acută, enteritele acute ale sugarilor, dispepsii și toxicoză.

Anamneza este foarte importantă. Iată cîteva întrebări care conturează cadrul clinic al tulburării acute digestive; răspunsurile pot sugera *diagnosticul* etiologic și orienta *terapeutica*, permițînd și eventuale *măsuri antiepidemice*:

Sugarul este alimentat *exclusiv* natural? Suge numai la sîn sau primește și lapte muls? Dacă este alimentat mixt, artificial, se cer toate detaliile asupra alimentelor, modului de preparare, păstrare și administrare! S-a îmbolnăvit la spital, casa de nașteri, creșă? Părăsise cu puține zile înainte o colectivitate de copii? Recidivă de diaree în timpul spitalizării? Mai sînt și alți bolnavi în familie, în colectivitate? Diareea la prima administrare de zahăr sau a altui hidrat de carbon, lapte de vacă (proaspăt sau praf)? Ingestia unei substanțe care ar putea determina o intoxicație? Parazitoze intestinale? Simptomele unei infecții respiratorii, urinare etc. În zilele precedente? Anamneza dirijată pentru anumite eventualități (celiachie, mucoviscidoză etc.).

Examenul clinic va fi complet (evaluarea deshidratării, semnele fizice ale infecțiilor care provoacă dispepsii).

Examenele paraclinice sînt obligatorii, în funcție de caz, de urgență, de posibilitatea realizării: *coprocultură la prima consultație sau la internare*, înainte de a se fi administrat antibiotice, examen auricular, examenul urinii (urocultură), hemogramă, dozări de electroliți, rezerva alcalină etc.

Biopsia intestinală este utilă în enterite, pentru că permite diagnosticul anatomopatologic în timpul bolii și urmărirea eficacității tratamentului (M. Burdea, *Pediatria*, 1968, nr. 1).

Etiologie. Familia unui sugar este totdeauna îngrijorată cînd se instalează o dispepsie, de aceea apelează de obicei devreme la medic. Acesta trebuie să strîngă din *interogatoriu* și *examenul clinic* un mănunchi de fapte care să sugereze imediat un *diagnostic etiologic* și care impune o *terapeutică adecvată.*

Uneori, chiar medicul cu experiență poate avea la început unele îndoieli asupra cauzei care a dezlănțuit diareea, deci și asupra tratamentului optim. Deși majoritatea diareelor sînt provocate la sugari de infecții, „rutina" sau „teama de răspundere" nu justifică totdeauna pre-

Scanned with OKEN Scanner

scrierea imediată a unui antibiotic. Această terapeutică poate fi folositoare, dar poate avea și urmări neplăcute. De aceea, prescrierea sau nu a unui antibiotic cere uneori un discernămînt deosebit, la fel și alegerea justă a substanței antimicrobiene (de exemplu, administrarea de cloramfenicol este legată de unele pericole, care nu sînt de loc justificate la un sugar a cărui diaree de fermentație se vindecă printr-o simplă modificare a regimului alimentar).

Aceeași tendință la „schematizare" poate determina în alte cazuri prescrierea de Ftalilsulfatiazol sau streptomicină la un bolnav a cărui dizenterie îmbracă aspectul unei „enterocolite"; pe de o parte, boala se agravează, sugarul se distrofiază, iar pe de altă parte pot fi contaminați alți membri din familie sau alți sugari din creșă, din spital.

Credem că asemenea greșeli se pot produce mai ales cînd nu se acordă o deosebită atenție datelor care pot contura de la început sau cît mai devreme etiologia tulburării digestive respective.

Prezentăm întîi schematic etiologia tulburărilor digestive acute la sugarii alimentați mixt sau artificial

Cauze determinante (modificat după Ewerbeck)

1. Enteral infecțioase (frecvente) prin germeni patogeni obligatorii sau facultativi	Germeni dependenți de tubul digestiv: *B. coli* patogeni, *Shigella*, *Salmonella*.
	Germeni care nu sînt de obicei în intestin: stafilococi, piocianic, *Proteus*, streptococi, virusuri.
2. Parenteral infecțioase (mai rare)	Infecții virotice.
	Infecții bacteriene. Dacă dispepsia a apărut în spital la cîteva zile după spitalizare, se va suspecta o contaminare cu *B. coli* patogeni sau stafilococi.
3. Alimentare (rare)	Greșeli grosolane: lapte alterat (prin hrana animalelor), supraalimentație, alimente nepotrivite pentru vîrsta și starea sugarului etc.

Cauze favorizante. Constituția (vîrstă mică, prematuritate, diateze, enzimopatii, boli endocrine etc.).

Îngrijirea, mediul (greșeli în îngrijirea și alimentația sugarului, factori meteorologici — condiții iatrogene).

Rolul ascensiunii florei intestinale endogene.

Tulburarea digestivă nu este totdeauna provocată de o singură cauză; uneori 2—(3) factori etiologici pot acționa concomitent sau se sumează la scurt interval.

Diagnosticul de dispepsie, enterocolită, toxicoză nu trebuie să ne liniștească; acești termeni, utilizați numai ca atare, ascund pericolul subestimării etiologiei. Diareea este provocată în marea majoritate a cazurilor de o infecție; de aceea, medicul va căuta prin toate mijloacele să determine cauza tulburării acute digestive. Sîntem convinși că prin aplicarea perseverentă a acestui principiu se va ajunge mai des la diagnosticul de dizenterie, infecție prin *B. coli* patogen sau salmonele și vor scădea la minim cazurile etichetate doar ca dispepsie, enterocolită, dispepsie parenterală.

Scanned with OKEN Scanner

Unele eventualităţi etiologice schiţate doar în clasificaţia de mai sus ni se par importante şi revenim cu unele detalii, deoarece în acest fel se întregeşte etiologia diareelor acute infecţioase, fiind prezentate totodată şi unele tulburări digestive acute de origine neinfecţioasă.

Deşi tulburările digestive observate de obicei la nou-născut sînt acelea descrise la p. 131, deoarece mai toţi copiii de această vîrstă sînt alimentaţi natural, etiologia şi epidemiologia diareei epidemice ne-au determinat să o prezentăm totuşi în acest capitol.

Diagnosticul etiologic. Cînd condiţiile de mediu sînt defavorabile, diareea este mai des provocată de contaminarea laptelui şi a celorlalte alimente. Cînd sînt respectate prescripţiile igienice, diareea este mai curînd provocată de contactul cu alţi bolnavi sau cu purtători. Bolnavii din spitale sînt cei mai periclitaţi (colibacilii patogeni se pot transmite în colectivităţile de sugari şi pe cale aeriană).

1. **Dispepsii enterale infecţioase.** a) *Dispepsii provocate de microbi.* Îmbolnăvirile individuale sau epidemiile în colectivităţile de sugari (centre de prematuri, creşe, spitale) sînt generate de microbi obligatoriu sau facultativ patogeni, cu sediu în intestin, sau ubicvitari.

Colibacilii patogeni sînt astăzi o cauză frecventă (Asia Chipail, *Pediatria*, 1968, nr. 3) a diareei la sugarii alimentaţi mixt şi artificial (în colectivităţi pot determina diaree şi la sugarii hrăniţi exclusiv natural).

Salmonelele şi dizentericii au o frecvenţă mai redusă; sînt şi diferenţe regionale, ca şi de anotimp.

Pseudomonas aeruginosa poate determina o diaree gravă, o enterită ulceronecrotică, mai ales la prematuri, la cei fragilizaţi de alte boli, de abuzul de antibiotice. Acelaşi tablou grav poate fi provocat de *Proteus*.

Agresiunea *stafilococilor* realizează uneori un tablou enterocolitic hipertoxic, cu colaps, care este determinat de enterotoxinele rezultate din proliferarea enormă a stafilococilor în lapte, în alimente; în absenţa enterotoxinei se poate incrimina şi acţiunea hemolizinelor stafilococice asupra musculaturii peretelui intestinal. Este posibilă şi o acţiune directă, enterică, a stafilococilor la sugarii suferinzi de alte stafilococii (cutanate, pulmonare).

„Diaree de vară" sau mici focare epidemice provoacă şi bacteriile metadizenterice (grupul *Alcalescens-dispar*) sau paradizentericii (grupul Arizona-Bethesda).

b) *Dispepsii provocate de monilii.* Multiplicarea şi agresivitatea *Candidei albicans* este favorizată de abuzul de antibiotice; ciupercile levuriforme pot determina eritrodermia descuamativă însoţită de diaree.

c) *Dispepsii provocate de virusuri.* În afara enterovirusurilor (mai ales ECHO), este posibil ca şi unele virusuri care determină infecţii respiratorii (infecţii „gripale" şi gripă) să provoace o diaree uşoară, prin acţiune directă (infecţie bipolară, respiratorie şi digestivă).

2. **Dispepsiile parenterale** sînt răsunetul digestiv, nespecific, al infecţiilor virotice şi microbiene cu sediu extraintestinal (mai ales faringită, otită).

Frecvenţa şi gravitatea acestor diaree au fost exagerat apreciate pînă acum 15—20 ani. Progresele înregistrate în alimentaţia sugarilor, o dietetică mai raţională în cursul infecţiilor respiratorii, au determinat o scădere a dispepsiilor parenterale. Pe de altă parte, astăzi este evident că unele

Scanned with OKEN Scanner

(multe?) din diareele care apar în cursul infecţiilor respiratorii sînt în realitate provocate de colibacili patogeni (contaminare în spital, în creşă); altele sînt determinate de germenii facultativ patogeni, a căror virulenţă a fost exaltată de greşelile de îngrijire şi de alimentaţie, abuzul de antibiotice, leziunile hepatice, anemie etc. Fără a nega existenţa diareei parenterale, în prezent credem că ea este *rară*. Mai ales *diareea care apare brusc cu scaune numeroase şi apoase are foarte probabil o etiologie infecţioasă enterală.*

Dispepsiile de origine neinfecţioasă pot avea multe cauze.

a) *Dispepsia alimentară.* Rolul excesului global (supraalimentaţia) sau calitativ (grăsimi, hidraţi de carbon, celuloză) a fost sigur supraevaluat în trecut şi în realitate infecţiile sînt responsabile de multe asemenea diaree.

b) *Dispepsia „de ablactare"* poate avea mai multe explicaţii: infecţie enterală cu germeni vehiculaţi de alimente sau diaree de origine alimentară (exces de lapte, amidon, grăsimi, celuloză); patogenia poate fi mixtă; o infecţie enterală uşoară favorizează resorbţia proteinelor insuficient digerate din laptele de vacă şi acestea acţionează ca un alergen.

c) *Malabsorbţia diferiţilor hidraţi de carbon* (C. Constantinescu, *Pediatria*, 1967, nr. 3) datorită absenţei unei enzime sau unui deficit de transport în mucoasa intestinală provoacă o diaree acidă. Cea congenitală (intoleranţa congenitală la fructoză, galactozemia congenitală, malabsorbţia congenitală a glucozei şi galactozei, a lactozei, a zaharozei şi izomaltozei) este rară şi tratamentul este exclusiv dietetic.

Mai frecventă este malabsorbţia (de obicei datorită scăderii lactozei) simptomatică a diareelor infecţioase severe, bolii celiace, distrofiei grave de tip Kwashiorkor; poate fi vindecată prin înlăturarea lactozei în timpul perioadei acute a bolii şi prin tratamentul bolii, de fond.

d) *Alergia la laptele de vacă* este rară, dar caracteristică.

e) Noţiunile de eubioză şi disibioză (p. 155) au oarecare aplicare şi în patologia sugarului, mai ales în infecţiile acute ale căilor respiratorii superioare, erorile de dietetică, excesele antibioterapiei.

Diareea epidemică a nou-născutului. Experienţa atîtor epidemii a demonstrat că boala se caracterizează prin *trecerea rapidă la o stare toxică, mortalitate relativ ridicată şi o deosebită contagiozitate.*

Diareea epidemică a nou-născutului este provocată de agenţii obişnuiţi ai diareei la sugari. Au fost incriminate şi unele virusuri care determină la adulţi infecţii respiratorii sau bucale. Au fost semnalate şi epidemii a căror cauză nu a putut fi elucidată.

a) *Diareea epidemică de origine bacteriană* este cea mai frecventă, agenţii provocatori sînt în primul rînd *colibacilii patogeni*, a căror responsabilitate poate fi prompt dovedită, rar salmonelele sau dizenteriicii.

b) *Diareea epidemică virotică* este *mai rară* decît s-a crezut acum 20—25 ani; *etiologia colibacilară* a fost confirmată la epidemii care altădată ar fi fost etichetate „gripale".

Sînt totuşi cunoscute epidemii cu virusuri ECHO şi s-a descris diareea cu scaune galbene-ocre, „diareea cu stomatită" sau asocierea epidemică „greaţă, vărsături şi diaree".

Este posibil ca virusurile să exalteze uneori virulenţa colibacilor, enterococilor.

c) Este probabil că unele mici epidemii sînt produse de *microbi facultativ patogeni*. Această etiologie este sugerată de o izbucnire epidemică, iar în coproculturi domină sau sînt în cultură pură germeni ca *Pseudomonas, Proteus, Aerobacter aerogenes, B. lactis aerogenes*, streptococi, stafilococi.

Scanned with OKEN Scanner

Contagiozitatea impune ca într-o secție de nou-născuți:

— cînd un copil se îmbolnăvește de diaree, trebuie izolat;

— cînd doi copii fac diaree, vor fi izolați, și subsecția va fi carantinată pînă ce sînt externați toți contacții (urmărire la domiciliu); se va face o dezinfecție generală;

— cînd trei copii au diaree, s-a declanșat o diaree epidemică și vor fi luate măsurile de rigoare.

Bazele fiziopatologice ale tratamentului tulburărilor digestive acute. Toxicoza și dispepsia acută toxică sînt sindroame cu etiologie variată, care se caracterizează prin manifestări grave și o evoluție care pune în pericol imediat viața sugarului. Aceasta impune pediatrului obligația de a aplica cele mai eficace metode de tratament de urgență și de reanimare chiar de la prima unitate sanitară la care este adus sugarul bolnav: dispensar, circumscripție, policlinică sau spital.

La baza evoluției grave a acestor sindroame stau anumite mecanisme fiziopatologice pe care le vom schița mai jos:

— Deshidratarea acută cu pierderi de apă și electroliți conduce la anhidremie, în cazul că bolnavul nu este reechilibrat la timp și corect.

— Anhidremia constituie prima verigă a unui lanț fiziopatologic care provoacă perturbări extrem de grave în organismul sugarului. Astfel, prin hemoconcentrație și prelungirea timpului de circulație se favorizează apariția fenomenelor de hipoxie (anoxie) de stază, fenomene iscate de discordanța dintre necesitățile țesuturilor și celulelor în oxigen și aportul insuficient de oxigen.

— Hipoxia de stază joacă rolul principal în apariția unor manifestări clinice caracteristice toxicozei, în special a colapsului, a simptomelor de „nefrită funcțională" (oligurie, azotemie etc.), a tulburărilor senzoriale, a tulburărilor sistemului nervos central și neurovegetativ, a alterării metabolismului intermediar și a apariției stării de acidoză (favorizată și prin alte mecanisme: retenția metaboliților acizi rezultați din metabolismul intermediar viciat și neeliminarea lor din cauza oligo-anuriei etc.).

Tratamentul de urgență va trebui de aceea să vizeze următoarele obiective:

— combaterea deshidratării acute prin restabilirea echilibrului hidroelectrolitic;

— combaterea colapsului circulator;

— restabilirea dereglărilor neurovegetative și la nevoie sedarea sistemului nervos central;

— combaterea acidozei;

— înlăturarea factorului etiologic responsabil;

— tratarea simptomelor, care prin intensitatea lor agravează starea generală a copilului (hipertermie, pareză intestinală etc.).

Perspectivele eficienței terapeutice în tulburările digestive acute. Terapeutica și rezultatele ei nu pot fi cuprinse într-o schemă rigidă.

Comportarea medicului și perspectivele de succes ale tratamentului tulburărilor digestive acute sînt dominate de cîțiva factori:

— *vîrsta* bolnavului; boala poate fi cu atît mai gravă, cu cît sugarul este mai mic (mai ales sub 3 luni);

Scanned with OKEN Scanner

— *terenul* pe care se grefează boala: *prematuritate, distrofia* și gradul ei, *mediul* în care crește sugarul, constituția (hidrolabilitatea);
— *bolile anterioare* (încă în evoluție, în convalescență, sechele); orice diaree este mai gravă dacă sugarul a avut de curînd o altă infecție;
— *etiologia* (diagnostic corect cît mai rapid);
— *forma clinică* la începerea tratamentului;
— *evoluția* bolii sub tratamentul prescris;
— *intricarea* cu alte boli (în cursul ei, în convalescență);
— *calitatea îngrijirilor* acordate bolnavilor.

Conduita terapeutică

A. Dietetica

Capacitatea digestivă a fiecărui sugar care suferă de o tulburare digestivă acută este temporar scăzută, ca și cum acesta ar fi coborît pentru moment la o etapă anterioară a dezvoltării sale. Această *regresiune temporară* impune o reducere temporară a compoziției cantitative și/sau calitative a alimentației. Cu cît dispepsia este mai severă, cu atît mai mult vom apela la un tip de alimentație adaptat unei vîrste mai fragede.

Pe de altă parte, sugarul își reduce de multe ori și singur rația, refuzînd mîncarea sau lăsînd nemîncată o bună parte din ea.

Reducerea activă sau pasivă a alimentației sustrage metabolismului o parte din alimentele care nu mai pot fi digerate și valorificate din cauza scăderii secreților digestive și a toleranței; prin aceasta se evită ca materialul care ar încuraja fermentația sau putrefacția patologică să mai ajungă în sectoarele intestinale inferioare.

Recăderile trebuie să fie cu atît mai mult privite și tratate cu toată seriozitatea.

Bazele dieteticii în tulburările digestive acute pot fi astfel rezumate în cadrul tratamentului general:

1. Dacă tulburarea digestivă este numai *schițată* (de obicei o infecție rinofarigiană care provoacă anorexie, o ușoară modificare a scaunelor și discret eritem fesier), modificăm temporar alimentația. Acestea sînt de obicei diareele de origine parenterală.

Putem evita dispepsia propriu-zisă dacă măsurile respective pot fi aplicate *profilactic* (la începutul unei viroze respiratorii).

Modificarea alimentației poate consta numai dintr-o scădere *cantitativă* a rației alimentare, completînd nevoile de lichide cu ceai; alteori sînt necesare modificări *calitative* (una sau mai multe) constituind din: creșterea diluției laptelui, desmîntînire (lapte desmîntînit de vacă), lapte praf „Lacto", Eledon, Kaukasan „cu grăsime", acidifiere, folosirea mucilagiului de orez 3—5% ca lichid de diluție, scăderea concentrației de zahăr, introducerea dextrinei-maltozei.

Vom aplica concomitent și tratamentul infecției.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă simptomele digestive se accentuează în ziua următoare vom considera tulburarea ca fiind o dispepsie acută, vom aplica măsurile respective și vom reconsidera diagnosticul etiologic.

2. Dacă boala este acută și se manifestă prin anorexie, diaree, vărsături avem de a face cu o *dispepsie acută*:

— oprim alimentația;

— începem dieta direct cu pectine; supă de morcovi, Arobon (sau mere rase la copii peste 1 an); dacă sînt și vărsături, prescriem mai întîi o dietă hidrică de cîteva ore cu ceai, pînă ce se opresc vărsăturile și se restabilește toleranța digestivă;

— reluăm treptat alimentația, de obicei cu un *aliment-medicament* (*babeurre*, Eledon, Kaukasan „cu grăsime", lapte albuminos sau Lacto). Asociem laptele de femeie la sugarii de vîrstă fragedă, la cei alimentați mixt, la convalescenții de anumite boli, la cei cu tare organice. La sugarii eutrofici sau aproape de eutrofie, la sugarii mai mari, la dispepsiile incipiente putem face realimentarea direct cu lapte praf integral sau Lacto acidifiat și diluat în mucilagiu de orez sau îmbogățit cu Zeamil, făină de orez, dextrină-maltoză;

— aplicăm concomitent tratamentul infecției.

3. Dacă boala se caracterizează prin vărsături, diaree puternică, deshidratare, dar cunoștința încă păstrată, este vorba de un caz de dispepsie toxică (pretoxicoză):

— oprim alimentația;

— dietă hidrică (eventual sondă endogastrică):

— hidratare parenterală, dacă sugarul nu primește bine lichidele și/sau dacă vărsăturile compromit acest aport;

— tratamentul de urgență al celorlalte tulburări fiziopatologice, în măsura în care este necesar;

— supă de morcovi sau Arobon după restabilirea toleranței gastrice;

— reluăm treptat alimentația, obligatoriu cu un *aliment-medicament* (*babeurre*, Eledon, Kaukasan „cu grăsime" sau „fără grăsime", lapte albuminos cu prudență), în asociere cu lapte de femeie la categoriile citate mai sus;

— concomitent, tratamentul infecției.

Această pretoxicoză (exsicoză fără acidoză sau acidoză fără comă) cedează de obicei la tratamentul energic, prompt și competent. Neglijarea chiar cîteva ore a acestor bolnavi poate determina trecerea în toxicoză.

4. *Toxicoza, coma dispepticum*:

— rehidratarea parenterală este fundamentală;

— tratamentul de urgență al tulburărilor fiziopatologice;

— supă de morcovi sau Arobon după restabilirea toleranței digestive;

— realimentarea cu un *aliment-medicament*, de preferință Kauksan „fără grăsime", eventual și lapte de femeie (desmîntînit) cu prudență la categoriile citate;

— tratamentul infecției.

Dispepsia toxică, dispepsia gravă sau pretoxicoza sînt în fond numai nuanțe, stări labile de graniță între dispepsie și toxicoză.

Dieta hidrică. Dieta hidrică a pierdut astăzi din importanță în cazurile de tulburări digestive acute, fiind utilizată numai la copii cu anorexie mare

Scanned with OKEN Scanner

sau la cei care varsă. La sugarii care au numai diaree se va începe tratamentul dietetic direct cu supa de morcovi sau Arobon (sau mere rase la copii peste 1 an).

Dieta hidrică va dura 6—12 ore la bolnavii cu dispepsie acută (dacă este necesară) și 18—24—(36) ore la dispepsia toxică și toxicoză: la distrofiii avansați, prematuri și nou-născuți va fi limitată la cel mult 12—18 ore.

Lichidele: apă fiartă și răcită, ceai de tei, de mentă, ceai rusesc îndulcite cu zaharină (1 compr. la 200—250 ml lichid); vor fi *preferate sol. hidroelectrolitice* (obligatorii în dispepsia toxică și toxicoză sau amestecul 3/4 ceai cu 5% dextrină-maltoză + 1/4 ser fiziologic, sau sol. hidroelectrolitică 2/3 ceai + 1/3 ser fiziologic (sol. Ringer), sau amestecul 1/3 ceai + 1/4 sol. glucozată 5% + 1/3 ser fizologic (sol. Ringer). Serul fiziologic poate fi înlocuit —la nevoie cu o linguriță rasă de sare la 1 litru apă fiartă și răcită.

Tipul sol. hidroelectrolitice este în funcție de gravitatea dispepsiei și de tipul de deshidratare (normotonie, hipertonie, hipotonie).

În dispesia acută — forma medie — putem folosi amestecul :

1/2 apă
1/4 sol. glucoză 5%
1/4 ser fiziologic
} 150—200 ml/kg/24 ore

În dispepsiile acute toxice, grave (fără semne evidente clinice sau biochimice de acidoză):

1/3 apă
1/3 sol. glucoză 5%
1/3 ser fiziologic sau sol. Ringer
} 180—200 ml/kg /24 ore

Soluția Ringer poate fi utilizată după restabilirea diurezei.

În caz de toxicoză cu semne de acidoză se poate indica pentru maximum 24 ore, sub controlul rezervei alcaline:

1/3 sol. glucoză 5%
1/3 ser fiziologic sau sol. Ringer
1/3 sol. bicarbonat de sodiu 1,4 g%
} 180—200 ml/kg/24 ore.

Temperatura lichidelor: rece sau călduță.

Ritmul: începem cu cîte o linguriță la 5 minute și urcăm treptat cantitatea, în timp ce rărim intervalele, pe măsură ce se restabilește toleranța digestivă și repare apetitul. După aproximativ 12 ore se poate ajunge de obicei la 50—100 ml la fiecare 2—3 ore.

Calea endogastrică (gastrocliză, perfuzie gastrică), picătură cu picătură, are următoarele indicații:

a) cînd copilul refuză să bea;

b) deshidratări mai severe, de 5—10%;

c) deshidratarea foarte importantă (pierdere în greutate de 10—15%), la care este indicată perfuzia *i.v.*, dar care nu poate fi executată în unitatea

Scanned with OKEN Scanner

respectivă. Sonda endonazală va fi schimbată la fiecare 24 ore și introdusă prin cealaltă nară,. Vom folosi sol. hidroelectrolitice descrise mai sus.

Lichidele sînt de obicei bine reținute, vărsăturile se opresc. Rehidratarea pe acestă cale este mai comodă decît pe calea *i.v.* și destul de eficace.

Calea endogastrică este contraindicată dacă copilul prezintă vărsături sanguinolente sau dacă există bănuială de ileus mecanic sau dinamic (meteorism, niveluri de lichid).

Supa de morcovi. A înlocuit, alături de Arobon și de merele rase, dieta hidrică (la copii care nu varsă). Este cel mai bun aliment de trecere (alături de Arobon) între dieta hidrică și realimentația lactată. Este un gel bogat în pectine, care are o mare putere absorbantă a acizilor volatili, a bazelor aromatice, a unor microorganisme și o acțiune mecanică de curățire și umplere a intestinului; aportul de săruri minerale — mai ales de potasiu — este de asemenea valoros.

Este folosită și în cursul realimentării lactate, care se face treptat în cîteva zile, pe măsură ce cantitatea de supă de morcovi scade corespunzător.

Concentrația: 30% la sugarii sub 3 luni și 50% la cei peste 3 luni; puțini mai recomandă astăzi adaosul de ClNa; unii îmbogățesc preparația cu glucoză 5%.

Cantitatea: 150—200 ml/kg/24 ore sau 1/7—1/5 din greutate, fără a depăși 1 litru/24 ore.

Ritmul: cantitatea pe 24 ore se împarte în (10)—7—6—(5) prînzuri la (2)—3—(4) ore (digestia gastrică este rapidă, nu depășește 2 ore). Dacă sugarul nu suportă întreaga cantitate la masa respectivă se va adăuga ceai, care va fi administrat între mese.

Durata administrării *exclusive* a supei de morcovi (în locul dietei hidrice sau între dieta hidrică și începerea realimentării lactate): pînă apar scaunele de morcovi, ceea ce se produce de obicei după 24 ore.

Durata administrării supei de morcovi, ca substrat al realimentării lactate de obicei (4)—5—7 zile.

Rareori (la sugarii de vîrstă fragedă și distrofici) pot apărea simptomele unui ileus; ele dispar repede dacă oprim imediat supa de morcovi. Pentru acest motiv, unii pediatri o recomandă la sugarii mai mari de 2—3 luni.

Arobon (pulbere din pulpa roșcovelor, cu 15% amidon și puțină cacao) formează cu apa un gel, a cărui acțiune este similară cu aceea a supei de morcovi, fără a avea conținutul ridicat în potasiu al acesteia.

În dispepsia ușoară se poate adăuga 3% Arobon în întreg regimul recomandat, pînă ce se normalizează scaunele și încă 3—4 zile după aceea.

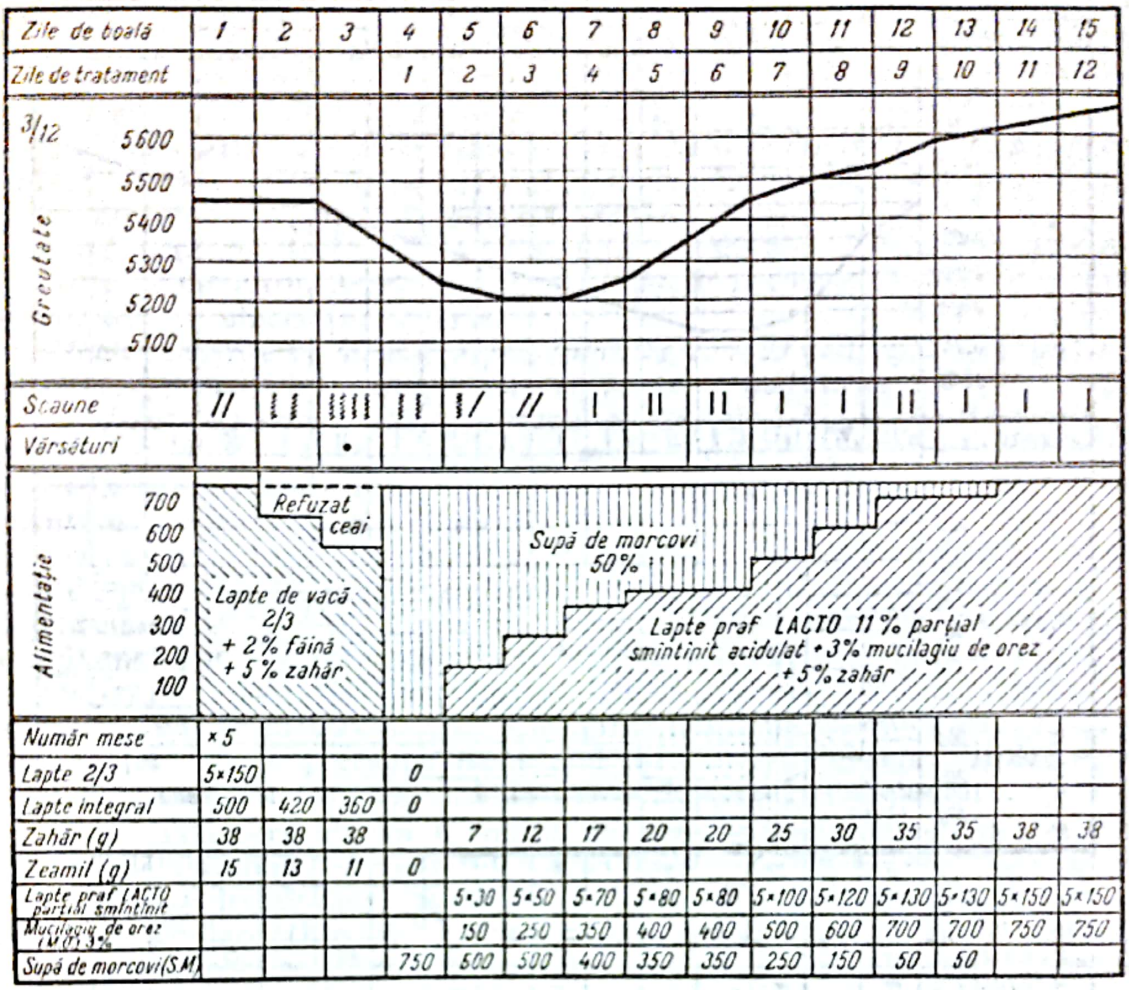
În dispepsiile severe va fi administrat (precedat de o dietă hidrică) (vezi mai sus) timp de 24—(36) ore, ca aliment de trecere: administrăm numai un decoct (în apă sau mucilagiu de orez) de 3—5% Arobon la sugarii sub 6 luni și 5—10% la cei peste 6 luni, cantitatea pe 24 ore fiind de 150—200 g/kg sau 1/7—1/5 din greutate, repartizat în (10)—7—6 prînzuri; după apariția scaunelor caracteristice, începem să scădem treptat acest aliment de trecere, pe măsura ce creștem alimentul-medicament indicat la bolnavul respectiv.

Merele rase vor fi folosite numai la copii peste 1 an: 4—5 mese a

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 4

Realimentare cu supă de morcovi, lapte praf Lacto, parțial smîntînit/mucilagiu de orez



Zile de boală	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Zile de tratament				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Scaune	//	///	/////	///	///	//	/	//	//	/	/	//	/	/	/
Vărsături			•												
Număr mese	×5														
Lapte 2/3	5×150			0											
Lapte integral	500	420	360	0											
Zahăr (g)	38	38	38		7	12	17	20	20	25	30	35	35	38	38
Zeamil (g)	15	13	11	0											
Lapte praf LACTO parțial smîntînit					5×30	5×50	5×70	5×80	5×80	5×100	5×120	5×130	5×130	5×150	5×150
Mucilagiu de orez (M.O.) 3%					150	250	350	400	400	500	600	700	700	750	750
Supă de morcovi (S.M.)				750	600	500	400	350	350	250	150	50	50		

Sugar de 3 luni, eutrofic, dispepsie acută simplă

200—250 g mere rase pe răzătoare de sticlă, la 3 1/2—4 ore interval; completăm nevoile de lichide cu ceai.

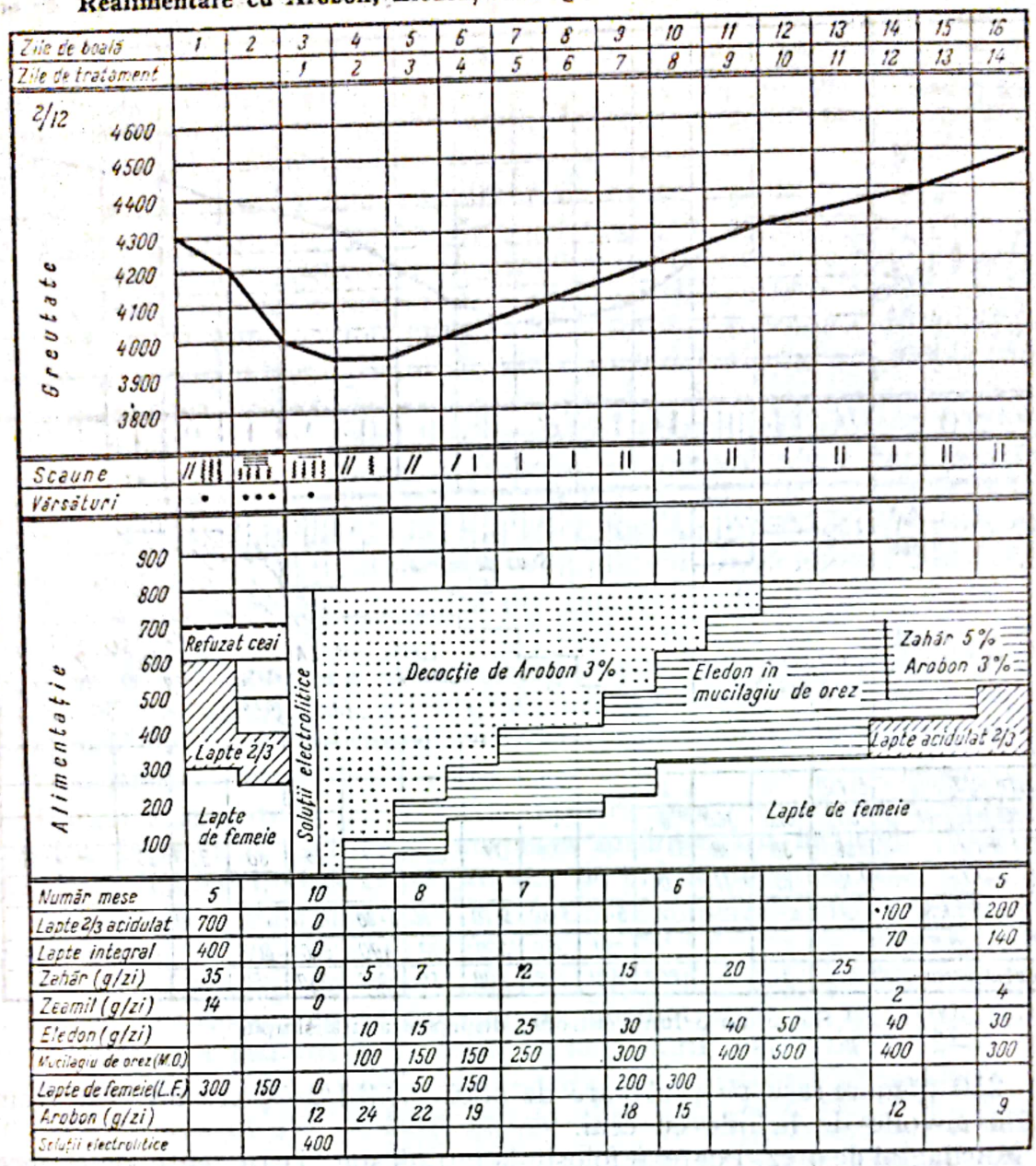
Mucilagiul de orez. Poate fi folosit la puținii sugari care refuză de la început supa de morcovi sau Arobonul; își găsește însă utilitatea în cursul realimentării lactate, ca lichid de diluție pentru lapte.

Va avea concentrația de 5% (sugari sub 3 luni) și de 9%—(10%) la sugarii mai mari, cînd îl administrăm în locul supei de morcovi la începutul tratamentului (în locul dietei hidrice sau între dieta hidrică și începerea realimentării lactate). Rezultatele sînt evident mai puțin prompte și nete decît cu supa de morcovi sau Arobon.

Cantitatea/kg și durata regimului cu mucilagiu de orez exclusiv: ca la supa de morcovi.

În cursul realimentației lactate (ca lichid de diluție pentru lapte praf integral, Lacto, Eledon, Kaukasan sau lapte de vacă): 2—5—8%, după vîrstă.

Realimentare cu Arobon, Eledon/mucilagiu de orez şi lapte de femeie



Zile de boală	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Zile de tratament			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Scaune	///	///	////	// /	//	/ /	/	/	//	/	//	/	//	/	//	//
Vărsături	•	•••	•													

Număr mese	5		10		8		7			6						5
Lapte 2/3 acidulat	700		0											100		200
Lapte integral	400		0											70		140
Zahăr (g/zi)	35		0	5	7		12		15		20		25			
Zeamil (g/zi)	14		0											2		4
Eledon (g/zi)				10	15		25		30		40	50		40		30
Mucilagiu de orez (M.O.)				100	150	150	250		300		400	500		400		300
Lapte de femeie (L.F.)	300	150	0		50	150			200	300						
Arobon (g/zi)			12	24	22	19			18	15				12		9
Soluţii electrolitice			400													

Sugar 2/12, 4 kg, alimentaţie mixtă, dispepsie toxică

Dacă folosim concentraţia de 8%—(10%) nu vom depăşi 800 ml/24 ore, chiar la sugarii mari.

La sugarii de 6—10 luni se poate folosi următoarea schemă de realimentare cu mucilagiu de orez:

— dietă hidrică în primele 6—12 ore;

— o zi mucilagiu de orez 8—10% (5 × 200 g sau 6 × 170 g);

— în zilele următoare (5 mese la 4 ore a 200 g) introducem treptat de 4 ori pe zi (orele 6—10—18—22) cîte 5—7,5—10—12,5—15—20—25g (creştem în fiecare zi) lapte praf integral sau Lacto 5-8-11% la fiecare masă

Scanned with OKEN Scanner

de 200 g mucilagiu de orez pînă ce sugarul va ajunge să primească după 4—5 zile de 4 ori/zi cîte 200 g mucilagiu de orez cu atît lapte praf integral care corespunde concentrației de lapte 3/4—1/1 sau Lacto în concentrație de 12% (zahărul va fi introdus tot treptat în aceeași perioadă); a 5-a masă (ora 14) va fi supă de legume (cu morcovii trecuți prin sită), îngroșată cu griș 5—7—(10)% sau orez, tapioca.

Realimentarea. Începem realimentarea lactată de îndată ce a devenit evident efectul curativ al carenței alimentare (dietei hidrice) și/sau al vegetalelor antidiareice (supă de morcovi, Arobon).

Realimentarea trebuie să fie treptată, pe măsura revenirii la normal a toleranței alimentare. Acest principiu nu poate fi călcat decît la unele diaree ușoare, de obicei parenterale.

Realimentarea va fi mai rapidă pînă la 70—80 cal./kg/24 ore (rația de întreținere); de aici înainte, creșterea poate fi mai înceată.

Antibioticele corect utilizate scurtează de cele mai multe ori această perioadă, permițînd astăzi o realimentare mai rapidă și mai sigură; astfel putem reveni la normal în 5—6 zile într-o boală care ne impunea altădată o realimentare prudentă de 8—12 zile.

Ritmul realimentării este dictat de vîrstă, de etiologia tulburării digestive, de greutate, de prezența și gradul distrofiei, de forma clinică și de răspunsul la tratament. Dispariția vărsăturilor, a anorexiei, a eritemului fesier, ameliorarea stării generale etc. sînt semnele favorabile care ne permit să creștem alimentația spre normal, chiar grăbind la unii copii ritmul pe care ni l-am propus inițial. Creșterea numărului scaunelor, scăderea consistenței lor și prezența mucusului nu sînt — ca semn izolat — de temut; această labilitate cedează de obicei în cursul realimentării.

În această perioadă va fi folosit un aliment-medicament care creează condiții defavorabile fermentațiilor microbiene: bogat în proteine modificate, parțial desmîntînit, acidifiat (sau nu). *Babeurre*-ul, preparatele industriale similare (Eledon, Kaukasan „cu grăsime" sau „fără grăsime", laptele albuminos) satisfac aceste cerințe. Laptele acidulat parțial desmîntînit (sau preparatele industriale similare) asigură rezultate similare.

Proteinele nu trebuie să lipsească, dimpotrivă ele vor fi bine reprezentate, digestibilitatea lor fiind ameliorată prin predigestie, fragmentare în particule fine (pulverizare, acidifiere), fierbere cu mucilagiu de orez (Zeamil, făină de orez), care joacă rolul unui coloid protector.

Grăsimile sînt temporar rău tolerate de sugarii cu diaree, de aceea vor fi reduse prin desmîntînire, ca în Eledon, Kaukasan, *babeurre*, lapte albuminos Lacto, sau prin diluare.

Modificările privind hidrații de carbon sînt în funcție de vîrstă, tipul clinic al tulburării digestive și produsele pe care le avem la dispoziție:

— zaharoza poate fi păstrată la formele clinice ușoare și medii sau va fi înlocuită temporar prin *dextrină-maltoză* sau glucoză; se poate înlătura temporar orice zahăr, rămînînd ca hidrații de carbon să fie reprezentați pentru scurt timp numai prin mucilagiu concentrat de orez;

— făina, grișul vor fi înlocuite prin mucilagiu de orez, Zeamil, făină de orez;

Scanned with OKEN Scanner

— concentrația hidraților de carbon poate fi scăzută temporar la cel mult 4,5—5 g/kg/zi.

Alegerea alimentului-medicament și a hidraților de carbon indicați, ca și etapele realimentării sînt dependente de vîrstă, forma clinică a tulburării digestive și starea sugarului.

Babeurre este cel mai indicat la sugarii din primele 3 luni de viață, la distrofici, la recidive, la infecțiile severe și/sau sugarii a căror toleranță este mult mai scăzută.

Eledon sau *Kaukasan* „cu grăsime" *(fetthaltig)* pot fi folosite la majoritatea bolnavilor care au indicații pentru *babeurre;* aceste produse conțin aproape de două ori mai multe grăsimi decît *babeurre* (respectiv 1,4 și 1,5% la diluația normală de 10%), prin urmare nu sînt potrivite pentru primele zile de realimentare a celor mai grave forme de diaree. *Cu laptele acidulat desmîntînit* ((aproximativ 1,4% grăsimi) se obțin rezultate similare. La toxicoză și în primele zile preferăm *Kaukasan „fără grăsime" (fettfrei); acest produs va fi folosit cel mult 7 zile,* fiind lipsit de grăsimi (0,2% la diluația normală de 10%).

Începem cu 50—200 ml *babeurre*/zi și creștem cu aproximativ 100 ml/zi pînă ce ajungem la 140—150 ml/kg/24 ore (fără a întrece 800 ml/24 ore), în timp ce scădem concomitent supa de morcovi. Hidrații de carbon vor fi obligatoriu prezenți în rație:

— pentru Eledon sau Kaukasan vom utiliza mucilagiu de orez 3—5% sau Zeamil sau făină de orez 3%; făina rumenită 2% numai la sugarii mai mari și la formele clinice mai ușoare;

— pentru *babeurre* — Zeamil, făină de orez sau făină rumenită:

— în lipsa dextrină-maltozei putem începe cu glucoză 5% sau cu zaharoză 3-5%;

— Arobonul 3—5% (după vîrstă) poate fi introdus în lichidul de diluție al Eledonului, Kaukasanului sau în *babeurre.*

Laptele albuminos este mai rar folosit, pentru că la sugarii mici toleranța lui este inferioară *babeurre*-ului. Rezultatele sînt în schimb foarte bune la sugarii peste 3 luni, mai mari de 5 kg și a căror dispepsie are un pronunțat caracter de fermentație: este contraindicat la dispepsia de putrefacție, dispepsia toxică și toxicoză.

Începem cu 200—300 ml/zi, repartizate în 5—6 mese și urcăm treptat cantitatea în fiecare zi sau la 2 zile, pînă ce ajungem la aproximativ 150 ml/kg/24 ore, fără a întrece 800 ml/zi.

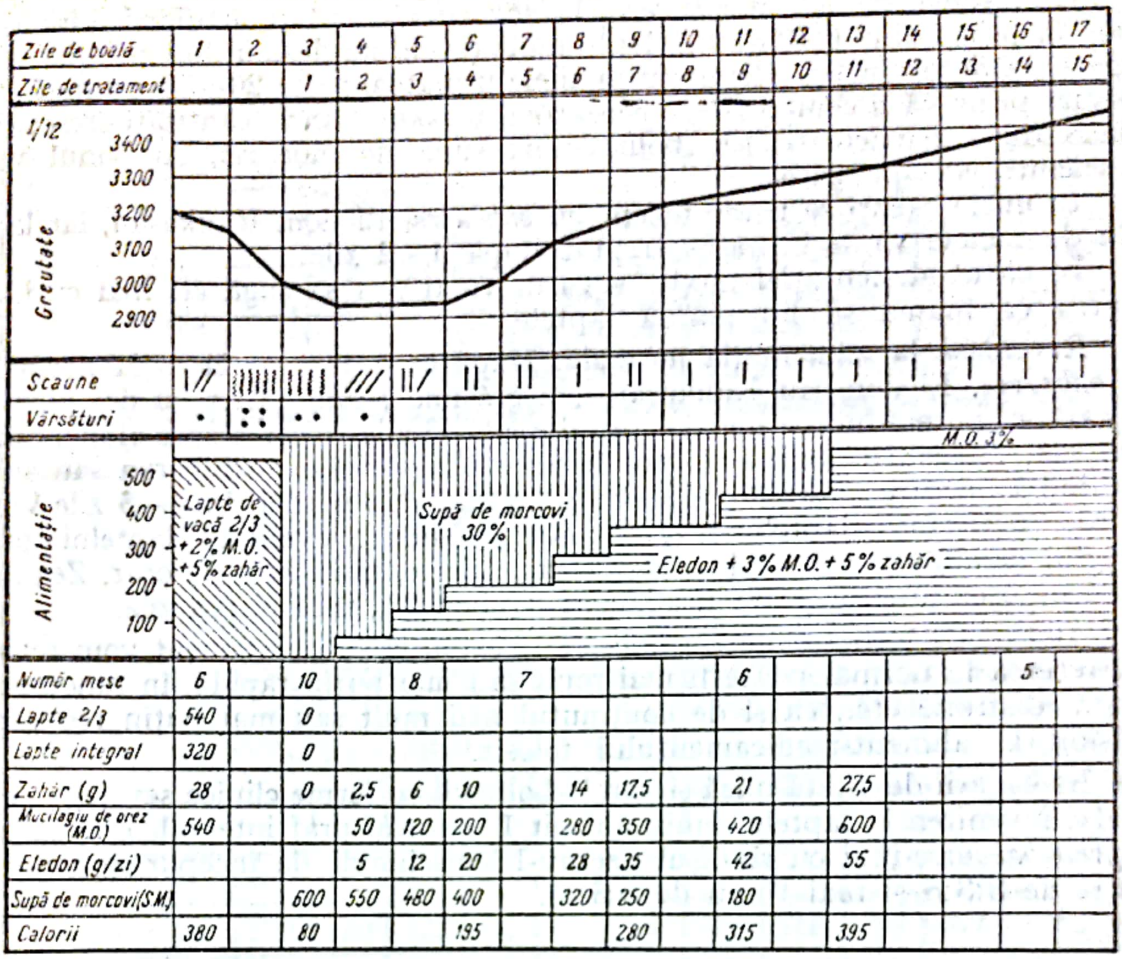
Evoluția alimentării. În lipsa dextrină-maltozei vom adăuga treptat zaharoză 3—5—6% pentru a favoriza echilibrul alimentar și creșterea. Vom completa rația la fiecare masă cu supă de morcovi, Arobon, mucilagiu de orez, ceai, scăzînd cantitatea pe măsură ce crește cantitatea de lapte.

Laptele de femeie nu poate fi considerat un aliment-medicament în dietetica diareei, pentru că este relativ sărac în proteine și bogat în grăsimi, lactoză. Poate fi folosit la formele clinice ușoare, la sugarii alimentați mixt care au indicații pentru *babeurre* și la anumiți sugari în vîrstă mică, alimentați artificial, cu o stare de nutriție foarte deficientă și suferinzi de infecții grave prelungite, cu recidive de diaree. Pentru ei laptele de femeie poate fi salvator, datorită calităților sale de lapte „viu", specific copilului.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 6

Realimentare cu supă de morcovi, Eledon/mucilagiu de orez



Zile de boală	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Zile de tratament			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Număr mese	6		10		8		7				6					5	
Lapte 2/3	540		0														
Lapte integral	320		0														
Zahăr (g)	28		0	2,5	6	10		14	17,5		21		27,5				
Mucilagiu de orez (M.O.)	540			50	120	200		280	350		420		600				
Eledon (g/zi)				5	12	20		28	35		42		55				
Supă de morcovi (SM)			600	550	480	400		320	250		180						
Calorii	380		80			195			280		315		395				

Sugar mic (1/12, 3 kg); dispepsie toxică.

Supa de morcovi poate fi înlocuită cu mucilagiu de orez încă din a 6-a -a 7-a zi.

Sîntem convinși că la această ultimă categorie laptele de femeie nu poate fi înlocuit cu nici un alt lapte; nu este un medicament al diareei, ci al stării precare de nutriție și al imunității deficiente; se recomandă proporția de 1/3—1/2 lapte de femeie și 2/3—1/2 *babeurre*, Eledon, Kaukasan.

Începem treptat cu lapte de femeie (după dieta cu pectine sau dieta hidrică). La formele clinice ușoare și la sugarii alimentați mixt, sugarul poate suge direct la sîn, începînd cu 3—5 minute la fiecare supt în prima zi, urcînd în zilele următoare la 5—10—15 minute; completăm rația cu supă de morcovi, Arobon, mucilagiu de orez.

Dacă aspectul și starea copilului sînt bune, se poate reveni la normal fie lăsînd sugarul la sîn, fie (dacă acesta este insuficient) completînd rația cu Eledon, Kaukasan „cu grăsime", lapte albuminos sau cu lapte calcic 2/3.

Realimentarea cu lapte matern poate fi mai rapidă decît cu laptele de vacă, deoarece tubul digestiv și metabolismele se normalizează mai repede.

Ne conducem mai mult după aspectul, comportarea sugarului și curba greutății decît după numărul și aspectul scaunelor.

La formele clinice mai severe, la sugarii alimentați artificial administrăm în prima zi cîte 10—30 g lapte muls (eventual desmîntînit prin centrifugare) la fiecare masă și creștem în zilele următoare cîte 20—30 g /masă/zi. Fiecare prînz va fi completat cu *babeurre* sau Kaukasan în cantități crescînde zilnic, după particularitățile bolnavului; supa de morcovi, Arobonul vor fi scăzute corespunzător.

În unele cazuri se poate începe cu *babeurre*, Eledon, Kaukasan, iar laptele de femeie va fi introdus treptat după 1—2 zile.

În cazul alimentației mixte, sugarul va fi pus să sugă cît mai curînd, pentru ca mama să nu piardă laptele.

Revenirea la alimentația normală. După ce am ajuns la rația normală de *babeurre*, Eledon sau Kaukasan „cu grăsime", îmbogățite cu doi hidrați de carbon, putem începe imediat sau după 2—3 zile trecerea spre alimentația normală. Această tranziție se face înlocuind zilnic cîte un biberon sau substituind la fiecare prînz cîte 10—30 g, ajungînd la normal în 4—5 zile. Vom acorda preferință laptelui praf Lacto (acidulat), eventual laptelui praf integral (acidulat) 2/3—3/4—1/1. Pentru diluție, mucilagiu de orez, Zeamil, făină de orez în care poate fi adăugat Arobon 2% încă cîteva zile.

Alături de forma clinică a bolii și de evoluția sub tratament vom reține că trecerea la normal poate fi mai mult sau mai puțin rapidă, în funcție de vîrstă, distrofie etc., ca și de conținutul mai mult sau mai puțin redus de grăsimi al aliment-medicamentului folosit.

La sugarii de vîrstă mică și/sau la bolnavii cu forme clinice severe putem amîna revenirea la laptele semismîntînit Lacto sau praf integral, prin îmbogățirea *babeurre*-ului cu rîntașul Czerny-Kleinschmidt (la început în concentrația de 3:3:5 și mai tîrziu de 5:5:5).

B. Rehidratarea

Calea perorală. Cea mai bună cale de administrare a lichidelor este cea fiziologică (p. 138) *p.o.*, care trebuie preferată ori de cîte ori este posibil.

Calea subcutanată poate fi folosită la deshidratări moderate (sub 5%), unde poate — alături de lichidele administrate *p.o.* — să împlinească nevoile/24 ore. Se pot utiliza numai sol. izotone (ser fiziologic, sol. de bicarbonat molar 1/6), iar sol. glucozată 5% poate reprezenta 1/4—1/3 (cel mult 1/2) din sol. injectată. Introducerea lichidelor pe această cale este dureroasă, se pot produce infecții locale. Resorbția este inegală; poate fi ușurată prin adaosul de hialuronidază.

Nu este eficace în deshidratările importante și anhidremie, cînd lichidele nu se resorb.

Perfuziile continue, picătură cu picătură, pot fi administrate:

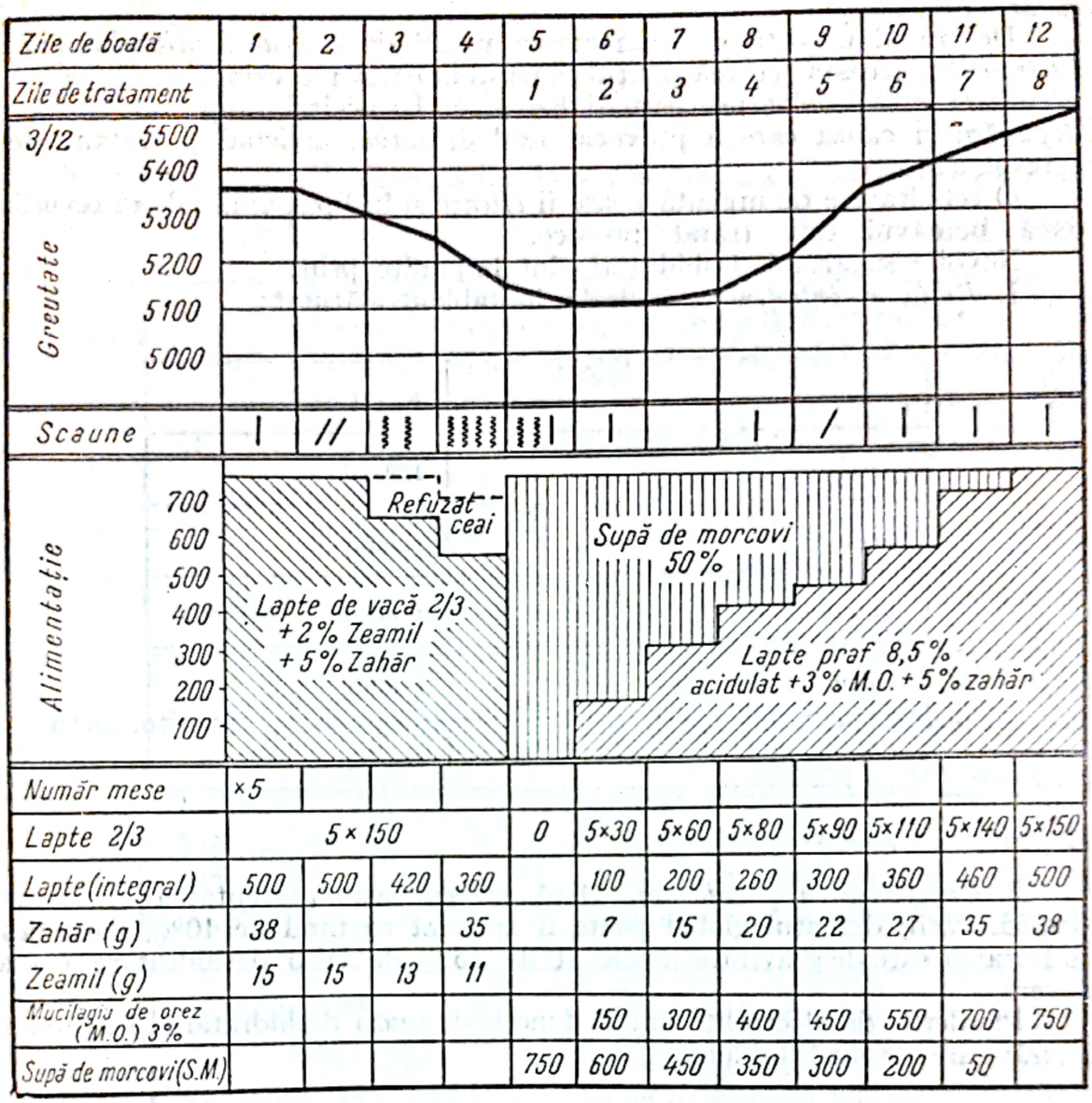
— pe cale endogastrică (gastrocliza p. 139);

— endovenos în venele epicraniene sau în alte vene subcutanate (fără denudare sau cu denudare de venă).

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 7

Realimentare cu supă de morcovi, lapte praf acidulat/mucilagiu de orez



Zile de boală	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Zile de tratament					1	2	3	4	5	6	7	8
Număr mese	×5											
Lapte 2/3	5 × 150				0	5×30	5×60	5×80	5×90	5×110	5×140	5×150
Lapte (integral)	500	500	420	360		100	200	260	300	360	460	500
Zahăr (g)	38			35		7	15	20	22	27	35	38
Zeamil (g)	15	15	13	11								
Mucilagiu de orez (M.O.) 3%						150	300	400	450	550	700	750
Supă de morcovi (S.M.)					750	600	450	350	300	200	50	

Sugar 3/12, 5 kg; dispepsie acută simplă

Perfuzia endovenoasă este obligatorie în: a) *deshidratarea importantă* cu *colaps* sau cu *vărsături repetate*, cînd este contraindicată calea gastrică, iar calea subcutanată este ineficace; b) *șocul anhidremic.*

Perfuzia endovenoasă impune cunoașterea și aplicarea anumitor principii (și ajutorul laboratorului). (Vezi „Stările de deshidratare acută la copil" de Gh. Puskas, Ed. medicală, 1967; R. Prișcu, *Pediatria*, 1968, nr. 1 și 2; Gh. Goldiș, *Pediatria*, 1967, nr. 5).

Aici ne mărginim să expunem o metodă simplă (după J. Vialatte), care, aplicată ca o *măsură de urgență* la bolnavii *precoce* internați și care necesită o rehidratare *i. v.*, asigură o rehidratare eficace, fără aportul laboratorului.

Scanned with OKEN Scanner

Rehidratarea de urgență. Deperdiția de apă și electroliți din tulburările digestive acute provoacă și un *colaps vascular, perturbări metabolice* și *tulburări nervoase.*

De primă urgență este corectarea neîntîrziată a *dezechilibrului hidroelectrolitic*; aceasta curmă lanțul de tulburări și reprezintă cea mai bună prevenire a sechelelor nervoase și hepatice. În același timp vom căuta să depistăm și cauza care a provocat deshidratarea, aplicînd și tratamentele corespunzătoare.

O rehidratare de urgență poate fi *eficace* și în lipsa unui laborator utilat dacă bolnavul este tratat precoce.

Nevoile sugarului deshidratat sînt împlinite prin:

1. *Rația de întreținere*, figurată în tabloul alăturat:

	Kg/24 ore
Apă	120 ml
Sodiu	1 mEq
Potasiu	1 mEq
Calciu	1 mEq
Clor	2 mEq

și prin

2. *Compensarea pierderilor.* Dacă nu cunoaștem greutatea anterioară deshidratării, deficitul global poate fi apreciat ca fiind de 10%, dacă deshidratarea este de gravitate medie și de 15% de la o deshidratare foarte severă.

Pierderile de electroliți sînt în funcție de *cauza* deshidratării și de *simptomele* care domină tabloul clinic.

Pierderile de electroliți în mEq pentru fiecare 100 g pierdere în greutate			
	Sodiu	Potasiu	Clor
Prin diaree	6	6	6
Prin vărsături	10	2	10
Prin șoc termic	2	2	2

Scanned with OKEN Scanner

Soluţiile pentru rehidratare. Apa va fi administrată sub formă de *sol. glucozată* 5% (1 litru = 200 cal.)

Electroliţi necesari:
- Na — clorură şi lactat de Na
- K — clorură şi lactat de K
- Cl — clorură de Na, de K sau de Ca.

Pentru uşurarea calculelor, soluţiile vor fi preparate aşa ca *fiecare 1 ml să reprezinte 1 mEq:*

Na	Cl	1 ml = 1 mEq Na + 1 mEq Cl
	lactat	1 ml = 1 mEq Na
K[1]	Cl	1 ml = 1 mEq K + 1 mEq Cl
	lactat	1 ml = 1 mEq K
Ca	Cl_2	1 ml = 1 mEq Ca + 2 mEq Cl
	gluconat	1 ml = 1 mEq Ca

Reamintim şi corespondenţele în mEq a soluţiilor ponderale folosite

1 g	NaCl	17 mEq Na + 17 mEq Cl
	KCl	13 mEq K + 13 mEq Cl
	CO_3 NaH	11 mEq Na + 11 mEq CO_3H
1 litru	ser fiziologic 9‰	153 mEq Na + 153 mEq Cl
	supă de morcovi fără sare	50 mEq Na + 50 mEq Cl 10—14 mEq K
	sol. glucoză 5%	nu are electroliţi, 200 cal.

Soluţia de utilizat la un anumit sugar va fi deci reprezentată prin raţia de întreţinere şi deperdiţia hidroelectrolitică. Dăm ca exemplu un sugar de 5 kg care a pierdut 500 g prin vărsături [2].

[1] Reamintim că, pe de o parte, pierderile de K sînt importante în diaree, iar pe de altă parte K nu poate fi introdus prin perfuzie decît după reluarea diurezei.

[2] La acest caz, totalitatea sodiului poate fi acoperită prin ClNa. În ceea ce priveşte K, numai 5 mEq vor proveni din ClK, ceilalţi 10 mEq vor fi prescrişi sub formă de lactat sau fosfat.

Scanned with OKEN Scanner

	Raţia de întreţinere	Compensarea pierderilor	Total
Sol. glucoză	5 × 120 = 600	500	1 100
Na mEq	5	50	55
K mEq	5	10	15
Cl mEq	10	50	60

Ritmul administrării sol. hidroelectrolitice. Iniţial se va introduce o cantitate mai importantă pentru a combate *colapsul* şi a favoriza restabilirea grabnică a diurezei; astfel poate fi asigurat echilibrul acido-bazic, de care depinde în bună parte şi prognosticul.

Primele 24 ore (tabelul de mai jos):

	Ritmul perfuziei [1]	
Ore	Cantităţi	Observaţii
0—2	50% din pierderi	250 ml în exemplul dat
2—8	50% din pierderi	250 ml în exemplul dat
8—24	Raţia de întreţinere	600 ml în exemplul dat

[1] Debitul perfuziei este calculat în pic./min.: 1 pic./min. = 3 ml/oră.

Dacă pierderile sînt importante, perfuzia va fi precedată de introducerea *i. v.* cu seringa (prin acul de perfuzie) a 40—80 ml din lichidul de perfuzat (de urmărit starea inimii).

Zilele următoare. A doua zi, ne putem rezuma la introducerea raţiei de întreţinere, dacă au încetat pierderile anormale.

Alimentaţia pe gură va fi reluată cînd s-a restabilit toleranţa digestivă.

Examenele de laborator devin absolut necesare, dacă sugarul a fost internat în prealabil în altă unitate şi nu există date suficiente asupra evoluţiei, dacă au fost în prealabil erori terapeutice, dacă starea este nesatisfăcătoare după 24—48 ore de la instalarea perfuziei.

C. Tratamentul cu substanţe antibacteriene

Indicaţii. Caracterele unor dispepsii (vîrsta, acuitatea şi particularităţile clinice ale simptomatologiei, anumite etiologii) impun la sugari tratamentul cu substanţe antibacteriene; această terapeutică trebuie uneori

Scanned with OKEN Scanner

instituită chiar înainte de a fi obținut rezultatul culturilor. Uneori, diareea se vindecă (mai ales la copii peste 1 an) printr-o simplă modificare a alimentației.

Punînd în cumpănă și efectele secundare ale antibioticelor, ele sînt indicate în următoarele împrejurări:

1. *În infecțiile intestinale:* a) provocate de germenii intestinali patogeni (*B. coli* patogeni, salmonele, shigele); *b)* provocate de germeni facultativ patogeni (stafilococi piogeni, *Pseudomonas, Monilia*).

2. *În formele severe* ale dispepsiei (enteritei, diareei acute).

3. *La purtătorii sănătoși: a)* de salmonele și shigele; *b)* de *B. coli* patogeni, numai în colectivități de sugari.

Substanțele antibacteriene utilizate. Majoritatea diareelor acute de origine infecțioasă sînt provocate de bacili gramnegativi, care își exercită acțiunea patogenă (afară de salmonele) în intestin. De aceea folosim substanțe antibacteriene care acționează în lumenul intestinal și care sînt active împotriva acestor germeni: unele sulfamide, Cloramfenicol, Polimixină B și E, Kanamicină, Neomicină, Paromomicină, Furazolidon, chimioterapice derivate din oxichinoleină. De multe ori sînt suficiente (și preferabil de utilizat) substanțele care — administrate *p. o.* — își exercită acțiunea numai în intestin, neresorbabile (sau într-o redusă măsură): polimixinele B și E, Kanamicina, Neomicina, Ftalilsulfatiazol, Paromomicina, Furazolidon. Anumite etiologii impun Kanamicina, Eritromicina sau Novobiocina *p.o.* (stafilococii patogeni), Nystatina *(Candida)*, Metronidazolul *(Lamblia)*.

Importantă este tendința pe care o arată unii germeni (*B. coli* patogeni, dizenterici, stafilococi) de a deveni destul de curînd rezistenți la antibioticele care le sînt opuse. Salmonelele și-au păstrat în general sensibilitatea față de Cloramfenicol.

Utilizarea fără discriminare a mai multor antibiotice în același spital și în aceeași epocă la sugarii cu diaree precipită instalarea acestei rezistențe, eventual chiar față de antibiotice care au fost utilizate (Y.A. Chabbert, *Presse Médicale*, 1966, p. 2407).

Diareea de origine parenterală este favorabil influențată de tratamentul local (paracenteză în otită), de dietetică și de substanțele antibacteriene care acționează asupra bolii de bază: unele (Sulfizol, Tetraciclină) au și o acțiune directă în lumenul intestinal. Disbacteria este combătută, pe lîngă măsurile indicate pentru boala de bază, prin Mexaform, Saprosan.

Durata terapiei antibacteriene este în general scurtă 5–6 zile (salmonelozele cer 6—8 zile în cazul unui tratament condus energic, cu doze suficient de mari).

În cazul infecției produsă de germenii intestinali patogeni urmărim „sterilizarea" bolnavului, controlată prin 3 coproculturi.

Producerea unor vitamine din complexul vitaminei B este temporar limitată sau chiar întreruptă de antibioticele cu spectru larg, de cele care sterilizează lumenul intestinal; de aceea este indicată asocierea de vitamine din complexul B (fiole sau Viplex, Electovit, Polivitamine) și Vitamină K. Bacteriile lactice vii (iaurt) sînt de un folos îndoielnic; poate sînt active bacteriile lactice antibiorezistente.

În comparație cu succesele obținute, pericolele antibioterapiei infecțiilor intestinale sînt reduse, dacă se respectă indicațiile, posologia și durata tratamentului.

Scanned with OKEN Scanner

În afara efectelor secundare, particulare fiecărui antibiotic, vom reține *suprainfecția* cu germeni care nu aparțin în proporții importante florei intestinale normale (stafilococi, *Pseudomonas*, *Proteus* și *Candida*). Ei pot determina *enterocolite acute grave* și chiar (unii) *infecții generale*. Aceste accidente sînt foarte rare în comparație cu marele număr de copii tratați; sînt cu atît mai puțin probabile, cu cît tratamentul se limitează la (5)—6 zile.

Enterocolita stafilococică pare a fi o suprainfecție „de spital".

Ivirea lor impune oprirea antibioticului respectiv, examen direct bacteriologic al materiilor fecale (etiologia stafilococică este foarte verosimilă cînd se observă numeroși coci grampozitivi în grămezi), prelevare pentru coprocultură și (eventual) un nou antibiotic pentru germenii în cauză.

Creșterea deosebită a permeabilității intestinului subțire poate determina la sugari mici diaree gravă, o creștere a resorbției Neomicinei (kanamicinei, polimixinelor) administrate peroral; medicul va reține deci eventualitatea unor concentrații sanguine de antibiotic care pun problema riscului oto- și nefrotoxic.

Antibioticele cu spectru larg (tetraciclinele și cloramfenicolul) au și o influență defavorabilă asupra activității unor fermenți intestinali (ambele asupra pepsinei și lipazei, cloramfenicolul și asupra amilazei).

Alegerea antibioticului în practica medicală. Cînd anamneza și examenul clinic ne sugerează o infecție intestinală, instituirea tratamentului cu substanțe antibacteriene poate fi necesară înainte de confirmarea bacteriologică.

După prelevarea corectă pentru coprocultură putem începe, la o formă clinică *medie*, cu Mexaform, Saprosan sau Ftalilsulfatiazol. Formele grave sînt de multe ori determinate astăzi de *B. coli* patogeni. Sensibilitatea acestora la antibiotice variază în funcție de regiune, de an, de antibioticele care au fost predominant utilizate în ultimele luni și în regiunea respectivă, de sursa infecției (spital etc).

În prezent acordăm credit inițial Colimicinei, Neomicinei, mai puțin cloramfenicolului. Ulterior ne conducem după răspunsul clinic și după antibiogramă. Tendința *B. coli* patogeni de a deveni rezistenți față de antibioticele care le sînt opuse ridică grele probleme, mai ales în spitalele în care s-a făcut abuz de antibiotice și s-au utilizat concomitent fără discriminare mai multe antibiotice.

În unele spitale se utilizează cu succes o metodă care ține seama de aceste particularități ale *B. coli*: se prescrie timp de cîteva luni ca antibiotic inițial un singur antibiotic și se păstrează „ca rezervă" alte 1—2 antibiotice, care sînt utilizate numai cînd este evident insuccesul primului.

După cîteva luni se trece temporar la altă „baterie" de antibiotice, pînă ce colibacilii recapătă sensibilitatea la antibioticele care au fost îndepărtate un timp din arsenalul terapeutic.

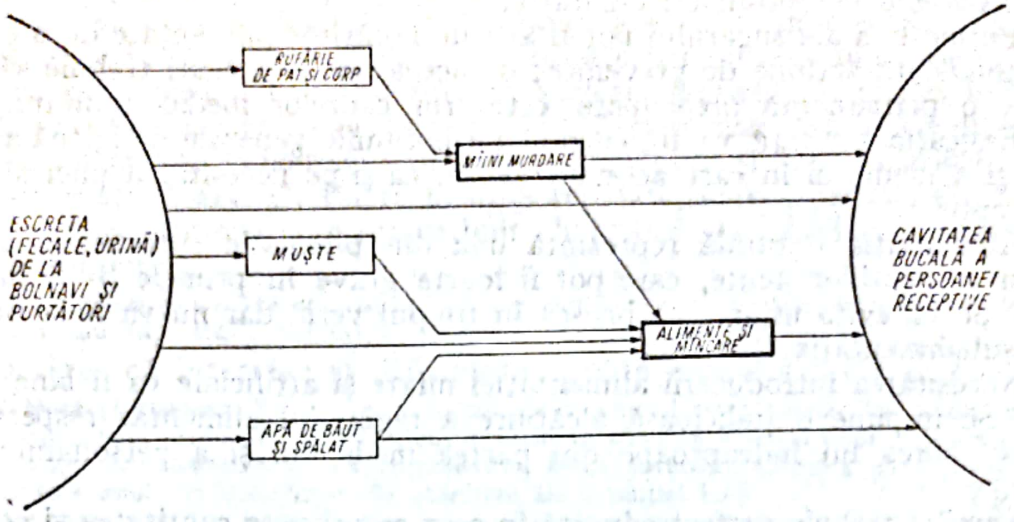
D. Tratamentul general, patogenic și simptomatic

În terapeutica formelor medii sînt suficiente măsurile dietetice și antibioticul indicat de caz. Înlăturarea șocului anhidremic constituie actul terapeutic hotărîtor în formele grave; efectele binefăcătoare ale antibioticelor

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 8

Reprezentare schematică a căilor de infecție în unitățile pentru copii
(după Raška)



nu se vor arăta decît după 1—2 zile, cînd se poate trece de obicei și treptat la rehidratarea peroralĕ și la realimentație.

Atonia intestinală este înlăturată cînd s-a corectat deficitul de potasiu; pot fi utile prișnițul cald abdominal și 1—2 injecții cu Neostigmină; după 15—20 minute se face o mică clismă cu sol. Ringer.

Vărsăturile pot fi atenuate și prin 1—2 injecții (la 6 ore) de prometazină; folosim rar clorpromazina, deoarece efectul antiemetic poate fi întunecat de fenomene secundare supărătoare (exagerarea meteorismului). Colapsul este prevenit și combătut de rehidratarea corectă *i.v.* la bolnavii gravi; la aceștia sînt obligatorii în prima zi și substituenții de plasmă, suspensiile macromoleculare; Macrodex, Haemaccel.

În colapsul grav poate fi utilizat și Levarterenol cu efect tranzitoriu.

În primele ore de tratament al colapsului, unii asociază și preparate cortizonice la primele flacoane de perfuzie și anume sub formă de hemisuccinat de hidrocortizon sau Urbason solubile; Prednisolon injectabil (Supercortisol) poate fi utilizat dacă lipsesc formele precedente.

Vitaminele sînt administrate în primele zile parenteral: alternativ cîte o zi vitamina C 2 ml și o zi vitamina B complex asociată cu vitamina K.

Se va acorda o deosebită atenție îngrijirii generale a sugarului, băii, tratamentului afecțiunilor cutaneomucoase asociate (muguet, intertrigo, eriteme) etc.

Bolnavii vor fi plasați în cadrul secției conform dispozițiilor în vigoare, pentru a fi optim supravegheați și îngrijiți, *evitînd totodată suprainfecțiile, infecțiile încrucișate.*

E. Tratamentul bolii de bază

Terapeutica afecțiunii care provoacă o dispepsie parenterală poate fi medicală (penicilina în rinofaringită) sau medico-chirurgicală — paracenteză și penicilină în otită, incizia colecțiilor și antibiotice în pseudofurunculoză.

Principiul călăuzitor în acțiunea de combatere a tulburărilor acute digestive este cel profilactico-curativ.

Puține boli ale sugarului pot fi atît de hotărîtor influențate de o eficace și permanentă acțiune de prevenire; de aceea aceste măsuri trebuie să constituie o permanentă preocupare a tuturor cadrelor medico-sanitare.

Educația sanitară va fi centrată pe noțiunile generale de igienă a copilului și a mediului în care acesta trăiește, ca și pe necesitatea unei alimentații optime.

Alimentația naturală reprezintă una din premisele eutrofiei și a prevenirii dispepsiilor acute, care pot fi foarte grave în primele 3—6 luni de viață. Se va evita înțărcarea bruscă în timpul verii, dar nu va fi favorizată nici subalimentația.

Necesitatea introducerii alimentației mixte și artificiale va fi bine motivată. Se impune o judicioasă alcătuire a regimului alimentar respectiv și supravegherea lui îndeaproape din partea medicului și a personalului auxiliar.

Familia trebuie perfect educată în ceea ce privește cantitatea și compoziția calitativă a alimentelor nou introduse, corecta lor păstrare și administrare.

Preferăm produsele industriale, care — dacă se respectă condițiile igienice respective — reprezintă altă verigă importantă în lanțul de măsuri eficace profilactice.

Tulburările digestive acute pot fi favorizate și de supraîncălzirea sau răcirea excesivă a sugarilor de vîrstă mică.

Evitarea sau prompta și corecta tratare a infecțiilor, alături de o judicioasă alimentație, reprezintă o altă importantă măsură profilactică, care a determinat rărirea dispepsiilor de origine parenterală.

Ridicarea tehnicității cadrelor sanitare, alături de corecta organizare a asistenței medico-sanitare în teritoriul respectiv, contribuie de asemenea hotărîtor la o prevenire eficace și depistare precoce a tulburărilor digestive acute.

TRATAMENTUL GASTROENTERITEI ACUTE LA COPII PESTE 1 AN

Etiologie. Diareea la copii mai mari este de multe ori destul de ușoară, fiind deseori provocată de supraalimentație, de alimente greu digestibile bogate în celuloză (fructe crude); la dezlănțuirea ei pot contribui alergia la diferite alimente, parazitozele intestinale, oboseala fizică, dar și factori psihogeni (emotivitatea, suprasolicitarea nervoasă).

Diareea severă impune de la început coprocultură pentru depistarea salmonelelor, bacililor dizenterici, stafilococilor.

Dizenteria se manifestă, mai ales la copiii de vîrsta preșcolară, sub aspectul necaracteristic al unei (gastro)-enterite sau enterocolite. Factorii epidemiologici locali, numărul important de scaune apoase, răspunsul par-

Scanned with OKEN Scanner

ţial la dieta corectă, evoluţia spre „colită" sînt tot atîtea argumente pentru un diagnostic bacteriologic corect.

Sub aspectul unei gastroenterite, iniţial cu simptomatologie acută, dar curînd cu evoluţie spre „colită" evoluează şi unele salmoneloze; menţionăm şi agenţii unor toxiinfecţii alimentare care pot provoca unui copil diaree, în timp ce adulţii — care au mîncat aceleaşi alimente — rămîn indemni.

Am avut de mai multe ori prilejul să confirmăm diagnosticul de dizenterie sau de salmoneloză la bolnavi suferinzi de săptămîni şi luni de „colită" după o „gastroenterită acută". Coproculturile repetate, corect prelevate şi lucrate în laboratoare competente, contribuie hotărîtor la rezolvarea corectă a acestor bolnavi.

Unele viroze pot şi ele să provoace diaree copiilor mici prin agresiune directă (infecţie intestinală sau bipolară — respiratorie şi digestivă).

Desigur că intervine şi disbacteria, poate mai des decît se crede.

Eubioză şi disbioză. Examenul bacteriologic şi virusologic al materiilor fecale permite astăzi diagnosticul precis al unor afecţiuni intestinale, chiar în absenţa unor simptome clinice caracteristice; el orientează adesea tratamentul, adică hotărăşte alegerea unui anumit antibiotic şi este unul din caracteristicile obiective ale evoluţiei bolii.

Dar chiar metodele bacteriologice cele mai moderne nu pot explica toate episoadele diareice acute, fără a mai pomeni pe cele subacute, recidivante.

De aceea medicul este uneori constrîns să se rezume, mai ales la copilul peste 1 an, la termeni vagi ca gastroenterită, enterită, colon iritabil.

Nu este încă stabilită măsura în care perturbările florei intestinale fiziologice au o participare la dezlănţuirea diareei, deşi s-au precizat unele aspecte.

Eubioza este starea de echilibru între diferitele specii microbiene care compun flora intestinală.

În perioadele de deplină sănătate se creează un echilibru dinamic, desigur instabil, între copil şi germeni.

Alterarea eubiozei intestinale (aici ne referim la flora intestinală), ruptura acestui echilibru, adică *disbioza* (disbacterioza), poate fi provocată de cauze diverse (infecţiile căilor respiratorii superioare, intervenţii chirurgicale, parazitoze intestinale, antibioterapie, erorile de regim, oboseala excesivă, factori psihogeni).

O disbacterioză poate fi schiţată deja de unele insuficienţe enzimatice (hipoaciditatea gastrică, insuficienţa secreţiilor intestinale, hepatice, pancreatice, diverse dezechilibre alimentare); instalarea unei infecţii „gripale" accentuează dezechilibrul între diferitele populaţii microbiene în favoarea unei specii sau alteia.

Terapeutică. *Dietetica.* Purgativul este astăzi înlocuit de dieta cu pectine; dacă vărsăturile sînt frecvente şi conţin resturi alimentare se poate încerca o spălătură de stomac.

Dieta hidrică are rost numai cîteva ore, la copiii care varsă.

La copiii care nu varsă sau la cei cărora le-au încetat vărsăturile, instituim dieta cu pectine (mere rase, supă de morcovi, Arobon 10%).

După 24 de ore, trecem în decurs de 3—4 zile la alimentaţia normală.

Exemplu pentru un copil de 2—5 ani: primele (12)—24—(36) ore dietă cu pectine; a 2-a—(a 3-a) zi, la 7—8 dimineaţa, 1—2 mere rase, pîine albă prăjită, ceai cu puţin zahăr.

Prînz şi seara: supă de carne sau de legume cu morcovi pasaţi şi orez, tapioca, fulgi de ovăz (şi un gălbenuş); sau fidea cu puţină brînză de vacă sau cu puţină carne fiartă; mere rase.

La 10 şi la 16—17: mere rase, pîine albă prăjită.

În zilele următoare: creştem cantitatea de carne şi brînză, introducem orez cu lapte, iaurt, piure de cartofi.

Scanned with OKEN Scanner

Medicația antiinfecțioasă nu este necesară la formele ușoare.

În formele medii se poate alege unul dintre următoarele preparate: Mexaform, Saprosan, Cifoform (M.G. Balș, *Viața Medicală*, 1966, nr. 9), Ftalilsulfatiazol, Neoxazol.

În formele severe vom începe cu Cloramfenicol (după prelevarea corectă pentru coprocultură).

Tratamente adjuvante. Dacă colicile abdominale sînt supărătoare: prișniț alcoolizat abdominal sau căldură uscată (pernă electrică, termofor); poate fi util și un antispasmodic: atropină, beladonă, papaverină, Scobutil, Lizadon (doza conform vîrstei).

Vărsăturile pot face necesară (pentru 6—12 ore) și o medicație antiemetică: prometazină (sau Clordelazin) *i.m.*, Scobutil supozitoare pentru copii, Emetiral la copii peste 6 ani. Rehidratare parenterală.

TRATAMENTUL DISTROFIEI

Diagnosticul pozitiv al unei distrofii nu pune probleme. Elementele esențiale, care vor hotărî soarta copilului sînt gradul distrofiei și posibilitatea depistării cauzei care a produs-o. Dacă consultăm pentru prima oară un sugar cu distrofie de gradul I și chiar al II-lea, perspectivele sînt excelente; dacă vedem bolnavul abia în faza de atrepsie, consecințele metabolice au creat un cerc vicios, care rar și greu mai poate fi întrerupt.

Diagnosticul etiologic. Cauzele unei distrofii pot fi atît de diferite, încît o prezentare completă ar necesita o trecere în revistă a unei bune părți din patologia sugarului. Din fericire, cauzele frecvente ies repede și evident la iveală, iar combaterea lor poate fi întreprinsă de cele mai multe ori cu succes.

Interogatoriul se va strădui să precizeze:

— data debutului distrofiei;

— evoluția (lentă sau rapidă);

— existența sau absența simptomelor asociate (anorexie, vărsături, diaree, febră) sau a simptomelor care sugerează o rinofaringită, otită, pielonefrită etc.;

— alimentația (foarte detaliat), insistînd asupra particularităților din fiecare lună de viață și a fiecărui tip de alimentație (naturală, mixtă, artificială). Controlul măsurilor folosite pentru laptele praf poate depista subalimentația;

— boli anterioare, carențe vitaminice etc.;

— rolul eventual al unor factori familiali, congenitali, neonatali, de mediu etc.

Examenul clinic amănunțit va fi completat prin probe paraclinice: examenul urinii, examenele radiologice, examenele hematologice, reacția la tuberculină, ca și cele sugerate de interogatoriu, de examenul clinic și de urmărirea bolnavului (mucoviscidoză etc.).

În primele zile se va urmări cum decurge alimentația sugarului, aspectul vărsăturilor și al scaunelor, temperatura etc.

Înainte de toate, medicul se va gîndi la cele două etiologii mai des întîlnite: subalimentația și/sau infecțiile. Celelalte etiologii devin verosimile în măsura în care au fost eliminate primele două.

Subalimentația. Proba suptului (cîntărirea tuturor supturilor din 24 ore) sau cîntărirea sugarului la 3—4 zile interval sînt demonstrative la sugarii alimentați natural; calitatea laptelui nu este niciodată în cauză. La sugarii alimentați artificial, o anchetă alimentară descoperă subalimentația (ca și cîntărirea sugarului la 3—4 zile interval).

Sînt frecvente unele modificări ale scaunelor.

Infecția (uneori ocultă) trebuie căutată cu perseverență, cele mai frecvente fiind infecțiile rinofaringiene (cu complicațiile lor otomastoidiene); apoi:

— pielonefrita, stafilocociile cutanate prelungite recidivante;

Scanned with OKEN Scanner

— curînd după naștere (excepțional), sifilisul congenital, difteria nazală;
— din a 3-a lună, tuberculoza.

Dacă aceste cauze au fost îndepărtate, intră în discuție *alte etiologii*.

Din prima lună: sechelele traumatismului obstetrical (anoxie, hemoragii meningiene); malformațiile congenitale (cardiace, diafragmatice, duodenale, renale); prematuritatea, debilitatea congenitală,

Din a 2-a pînă în a 4-a lună: dispepsia laptelui de vacă; stenoza pilorică și spasmul piloric; anemia feriprivă (mai ales la prematuri); atrepsia după toxicoză (neuropatia, anorexia esențială).

Din a 4-a lună: carențe (vitaminele C, D); mucoviscidoza; diareea datorită făinoaselor; celiachia; enteropatiile prin malabsorbție intestinală.

Asupra aceluiași sugar pot acționa concomitent sau succesiv mai multe cauze, care îi precipită și îi agravează evoluția distrofiei.

Indicații de tratament

Nu ne vom extinde asupra tratamentului etiologic, care este primordial și capabil de multe ori, el singur, să aducă rezolvarea.

Alimentația

Se va ține seama de unele principii (în afara regimurilor speciale impuse de anumite etiologii):

— *Inaniția externă* (foarte frecventă, mai ales la începutul distrofiei) și *inaniția internă* determină o sărăcire a organismului în substanțe plastice și treptat o *regresiune* (spre o imaturitate funcțională și morfologică).

— Progresiunea procesului distrofic scade *toleranța digestivă*; bolile intercurente accelerează acest fenomen.

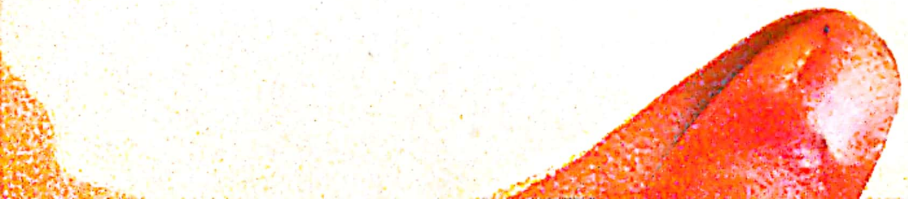
Cu excepția debutului tratamentului și a episoadelor intercurente, aportul alimentar trebuie să se orienteze după greutatea pe care ar trebui să o aibă sugarul, nu după cea actuală.

— Distroficii au nevoie de o alimentație concentrată. Cînd toleranța o permite, se va introduce în decurs de cîteva zile o dietă cu un *înalt conținut energetic* (cel puțin 120—130 cal./kg/24 ore, la unii 130—150 cal./kg). Vom mai reține că există situații în care sîntem în dilemă între necesitatea unui atare regim și funcțiile digestive lezate, care suportă greu această solicitare.

— Regresiunea funcțională se accentuează pînă la starea de atrepsie; de aceea, o creștere a rației la unii distrofici avansați poate provoca „o reacție paradoxă" (în loc de o creștere în greutate sugarul răspunde printr-o nouă scădere în greutate) sau o toxicoză.

Dietetica în funcție de vîrstă

La sugarii sub 3 luni experiența practică a dovedit că *laptele de femeie* este soluția ideală (deși conținutul său redus în proteine nu-l indică teoretic pentru distrofici). Acest lapte va reprezenta fondul alimentației, care



va fi completată (1/2—2/3) în primele săptămîni cu o „supă" de *babeurre*, ca Eledon, Kaukasan „cu grăsime", *babeurre*, ai căror hidraţi de carbon (dextrină-maltoză 5-6-8% sau zaharoză 5—6% şi Zeamil, făină de orez 1—2%) vor furniza un aport caloric datorită căruia produsul respectiv va avea cel puţin 70 calorii/100 ml. În lipsa laptelui de femeie, începem regimul cu supa de *babeurre* respectivă.

Treptat (şi cînd toleranţa permite) se vor putea introduce *alimente concentrate*: *babeurre* Czerny-Kleinschmidt, lapte acidulat 3/4—(1/1), supa Czerny-Kleinschmidt 3 : 3 : 5 sau chiar 5 : 5 : 5, diluată cu lapte (1/2 lapte + 1/2 supă Czerny-Kleinschmidt).

După vîrsta de 3—4 luni cresc nevoile calorice ale distroficului şi se poate face apel la laptele acidulat integral, supa Czerny-Kleinschmidt, supa Moro, „papele" cu lapte cuprinzînd hidraţi de carbon în concentraţie de 5—7—(10)%.

Dietetica în funcţie de forma clinică

— *Distrofia incipientă* poate fi vindecată prin corectarea greşelilor în alimentaţie (subalimentaţie, diluţii prea mari de lapte, adaos insuficient de hidrocarbonate, lipsă de vitamine, omiterea introducerii la timp a legumelor).

Erori grosolane: lapte de vacă smîntînit şi diluat 1/2, lapte praf în concentraţie de numai 5—7%, adaos de zahăr de numai 3%, lipsa celui de al doilea hidrat de carbon pot fi — singure sau asociate — cauza distrofierii incipiente; atare erori pot fi frecvente la vîrsta de 1—2 luni. Distrofia incipientă poate fi rapid rezolvată prin introducerea în alimentaţie a unui lapte în concentraţie de 2/3 sau a laptelui praf 8,5—10% îmbogăţit cu 5—6% zahăr şi cu al doilea hidrat de carbon (mucilagiu, Zeamil, făină de orez).

La sugarii peste 4 luni se poate observa cum măsuri simple pot uneori să rezolve o distrofie incipientă: un astfel de copil, hrănit prea mult timp exclusiv cu biberonul, poate fi vindecat prin introducerea unor mese cu piureuri, griş cu lapte.

— *Distrofia de lapte de vacă* poate fi bine influenţată prin prescrierea unei diluţii de lapte potrivit vîrstei, cu adaosul corespunzător de hidraţi de carbon (în total 7—10%). Starea cedează repede la supa de malţ sau la făina malţată; la sugarii mici se va introduce *babeurre* hiperzaharat 8—10%), de dorit în asociere cu lapte de femeie (1/4—1/3 din raţie).

— *Distrofia de făinoase* (carenţa de proteine) este mai greu de tratat, dată fiind tendinţa la diaree. Dăm preferinţă *babeurre-ului* sau laptelui albuminos, după vîrstă (ca la dispepsie). Se pot adăuga acizi aminaţi în alimentaţie. Treptat se va introduce hrana corespunzătoare vîrstei.

— *Asocierea cu diareea* impune prudenţă: o dispepsie de făinoase, o atrepsie trec foarte lesne în stadiul de toxicoză. Se va începe ca la dispepsia toxică şi cînd este posibil se va trece la lapte albuminos îmbogăţit treptat pînă la 10% cu dextrină-maltoză. Menţinerea unui adaos de Arobon sau de supă de morcovi va contribui la combaterea cu succes a acestor stări ameninţătoare de distrofie cu dispepsie.

Scanned with OKEN Scanner

Avizul unui pediatru cu experienţă este necesar pentru o distrofie înaintată, o atrepsie, deci la copii a căror toleranţă este foarte scăzută.

Distrofia sugarilor mai vîrstnici este lesne corectată prin îmbogăţirea calorică şi diversificarea alimentaţiei (legume cu unt, gălbenuş, ficat, carne).

Alte măsuri

Fără a minimaliza valoarea drogurilor, credem că terapeutica distrofiilor se bazează pe înlăturarea (corectarea) factorilor etiologici, alimentaţia descrisă, izolarea şi în general profilaxia infecţiilor, ca şi pe crearea unui mediu fizic favorabil şi a unui cald climat psihic.

Dacă este necesară o internare se va respecta izolarea în cadrul categoriei corespunzătoare.

Distroficii trebuie să beneficieze în mare măsură de aer, lumină şi soare.

Se va evita pierderea excesivă de căldură şi se va economisi astfel energia prin temperatură potrivită în cameră şi îmbrăcăminte adaptată gradului distrofiei.

Pielea acestor copii trebuie atent îngrijită ; este preferabil ca rufăria pentru distroficii avansaţi să fie sterilă.

În primele zile poate exista o hipotermie; aceasta, ca şi circulaţia periferică deficientă, impune îmbrăcămintea potrivită şi aport de căldură (termofor, pernă electrică).

Analepticele *per os* sînt inutile, în afară de primele zile de tratament al distroficilor avansaţi.

Factorii care generează distrofii implică adesea şi carenţe de vitamine. O dată ce s-a rezolvat starea de carenţă, în cursul ulterior al îngrijirii distroficului, nu mai sînt necesare decît doze ceva mai mari de vitamine decît cele fiziologice, dar fără a crede că acţiunea farmacodinamică a unora din ele poate contribui de acum înainte la vindecarea distrofiei.

Reamintim că în distrofia de făinoase este constantă carenţa în vitamine A (şi C), ca şi în distrofia sugarilor mai mari, cărora nu li s-a diversificat la timp hrana. Pot fi evidente şi carenţele vitaminelor din complexul B. Deoarece rahitismul este prin definiţie o boală a creşterii, simptomele sale se evidenţiază (exacerbează) cînd reîncepe creşterea ; de aceea aportul suficient de vitamină D şi cura cu raze ultraviolete sînt un imperativ a cărui împlinire este uneori neglijată.

Anemia feriprivă, rahitismul şi majoritatea distrofiilor merg mînă în mînă, aspecte care pot fi subestimate.

Beneficiul pe care l-ar înregistra unele distrofii (severe şi la o vîrstă mică, asociate cu infecţii, anemie) de pe urma transfuziilor nu este compensat de riscul hepatitei serice; de aceea nu le recomandăm.

Agitaţia supărătoare a unor copii poate fi temperată cu sedative (săruri de brom, valeriană, Bromoval, fenobarbital).

Nu credem că hormonii anabolizanţi şi insulina au la activul lor o contribuţie semnificativă la redresarea acestor copii.

Încadrarea sugarului distrofic în evidenţa specială implică recomandarea măsurilor necesare şi stricta urmărire a aplicării lor.

Scanned with OKEN Scanner

Alături de dietetica și măsurile arătate mai sus, profilaxia reprezintă cea mai puternică armă pentru combaterea distrofiei. În afara măsurilor generale, reprezentate prin scăderea indicelui de prematuritate și propagandă susținută și permanentă pentru menținerea alăptării naturale măcar în primul trimenon, dar și surprinzînd la timp — prin cîntărirea periodică a copiilor — instalarea subalimentației, se mai recomandă:

— preparatele care completează laptele matern, cele din alimentația artificială și cele din cursul diversificării vor fi *echilibrate*, iar *concentrația calorică va fi de cel puțin 70 calorii %*;

— sugarului i se va prescrie o rație alimentară potrivită cerințelor vîrstei și situației sale speciale;

— prevenirea infecțiilor, în primul rînd digestive și respiratorii;

— combaterea precoce, energică și susținută a infecțiilor, cu o atenție specială a stărilor de disergie consecutive;

— aplicarea măsurilor de igienă, speciale primei vîrste;

— călirea copilului.

TRATAMENTUL STENOZEI PILORICE HIPERTROFICE CONGENITALE

Diagnosticul clinic și radiologic (Z. Fruchter, *Pediatria*, 1965, nr. 1) impune intervenția chirurgicală.

Operația va fi precedată de:

— corectarea hipocloremiei și a hipokaliemiei;

— normalizarea proteinemiei (Aminofusin, Aminosteril) și/sau a concentrației de hemoglobină (fier parenteral, eventual transfuzie cu sînge 10—20 ml/kg);

— corectarea scăderii calciului ionizat (calciu gluconic i.v.);

— rehidratare, ca la diaree.

Celelalte măsuri, ca și îngrijirea postoperatorie vor fi luate în colaborare cu chirurgul.

Spasmul piloric, fără hipertrofie, nu poate fi diferențiat de stenoza organică pe baza criteriilor clinice. Diagnosticul poate fi confirmat și prin succesul tratamentului conservator medical, care poate (și trebuie) să fie încercat la bolnavii internați precoce. Tratamentul medical nu-și are însă rostul în fața unui bolnav cu semne nete de organicitate și nici nu trebuie continuat dacă vărsăturile nu se opresc și sugarul se distrofiază.

Tratamentul medical:

— mediu calm, cameră izolată;

— corectarea pierderilor de apă și clor (soluție clorurată 10% i.v., dacă lipsește clorul în urină);

— sondă endogastrică pentru aspirația resturilor alimentare și spălături stomacale;

— prînzurile pot fi introduse la unii bolnavi — și în primele zile — prin sondă permanentă;

— 8—12 prînzuri/24 ore la 2—2 1/2 ore;

Scanned with OKEN Scanner

— baza alimentației va fi constituită din lapte de femeie (concentrat sau nu cu Eledon sau Kaukasan „cu grăsime" 2—5% și/sau 2—5% zahăr) sau 4/5 lapte de femeie și 1/5 mucilagiu de orez 8—10%;

— în lipsa laptelui de femeie (sau în completare) Eledon, Kaukasan „cu grăsime" 10% cu 5—7—(10) % zahăr și 1—2—(3)% Zeamil, făină de orez sau 2—4% mucilagiu de orez;

— unii bolnavi alimentați natural răspund favorabil la administrarea — înaintea fiecărui supt — a 1—3 linguriță lapte cu griș 5—7%;

— spasmolitice, ca atropina sau Scobutil supozitoare pentru copii.

TRATAMENTUL BOLII ULCEROASE

Frecvența bolii ulceroase este în creștere (A. Rusescu).

Diagnosticul este confirmat de anamneză (la copil nu sînt rare formele atipice), examenul clinic, examenul radiologic (va fi repetat rar, pentru că implică o expunere prelungită la razele Röntgen), tubaj gastric, gastroscopie etc.

Scopul tratamentului: vindecarea leziunii și prevenirea recidivelor.

Măsuri generale

Sînt interzise medicamentele ulcerogene (acidul acetilsalicilic, salicilatul de sodiu, corticosteroizii, ACTH, fenilbutazona, PAS).

În faza acută este obligatoriu repausul fizic și mintal, ceea ce se realizează optim printr-o internare de 2—3 săptămîni.

În perioada dintre crize se va recomanda un ritm normal de viață, cu un scurt repaus după masa de prînz, joc și sport moderat, viață calmă, vacanțe în aer liber, evitarea *stress*-urilor psihice.

Mulți bolnavi sînt supuși unui program școlar și extrașcolar încărcat, ambițioși, anxioși, într-o tensiune psihologică constantă atît la școală cît și acasă. De aceea schimbarea climatului psihic are o influență binefăcătoare.

Trebuie respectat orarul regulat al meselor ; bolnavii vor mesteca încet; vor evita lichidele fierbinți și prea reci, vor bea cantități moderate de apă și ceaiuri de plante, numai între mese.

Dietetica

Dietetica are „un rol decisiv" (I. Pavel), deși nu se substituie celorlalte măsuri; ea se integrează în terapeutica complexă a bolii ulceroase.

În afara unei scurte perioade inițiale, dieta trebuie să corespundă caloric și calitativ cerințelor nutriționale ale vîrstei respective. Pe de altă parte este greșită opinia unor gastroenterologi care permit o alimentație normală chiar în faza acută a bolii.

Dieta trebuie să evite extremele restricției rigide și ale nihilismului nutrițional.

Dieta în criza ulceroasă. Sindromul dureros apare mai ales cînd stomacul este gol și ulcerul se află în contact direct cu secreția gastrică; hiper-

Scanned with OKEN Scanner

clorhidria, deşi foarte frecventă, nu este constantă, fiind însoţită de obicei de hiperkinezie.

Dieta iniţială va căuta să asigure umplerea aproape permanentă a stomacului (mese frecvente), să diminueze excitaţiile motorii şi secretorii, să neutralizeze şi să tamponeze excesul de acid (lapte), să limiteze excitaţiile mecanice (alimentaţie săracă în fibre dure), fizice (alimentele fierbinţi sau reci), chimice (condimente) şi osmotice (exces de sare şi zahăr), provocate de alimente şi de modul lor de preparare.

Regimul lactat 1—1,250 litru lapte cu 2—3% zahăr, împărţit în 6—7 porţii la 2—3 ore sau chiar cîte 50—75 ml la fiecare oră, între orele 7 şi 20 este cel mai strict, singurul care poate calma unele crize. Laptele acţionează aici ca un medicament. Această dietă este carenţată în proteine, calorii, vitaminele B şi C, fiind în acelaşi timp monotonă. Se poate adăuga puţină cafea de malţ sau puţin cacao, pentru corectarea gustului. Această dietă poate fi administrată numai puţine zile.

O variantă care limitează la maximum excitaţia motorie şi secretorie este dieta Sippy: lapte îmbogăţit cu frişcă sau smîntînă proaspătă, administrat în 12 porţii la o oră sau cu picătura prin sondă în stomac; este contraindicată în cazul existenţei unor tulburări de evacuare gastrică.

Dacă lipseşte staza gastrică, dieta lactată strictă se îmbogăţeşte curînd: se trece la 5 prînzuri/zi (3 mese principale şi 2 gustări intermediare cu lapte). La cele 3 mese principale se adaugă frişcă, smîntînă, ouă fierte moi, pîine veche de o zi, supă de zarzavat cu legumele trecute prin sită şi griş.

După dispariţia totală a semnelor de activitate clinică a bolii ulceroase (de obicei după 10 zile de la începerea tratamentului) introducem un regim lărgit: 1 litru lapte, 1—2 ouă (supe gelatinoase cu lapte şi ouă sau unt), paste făinoase fine sau orez (50—70 g), fierte în apă sau în supă de legume, 200—300 g cartofi piure cu unt şi lapte, 30—50 g unt, 20—50 g zahăr, ceea ce reprezintă 70—80 g proteine şi 1 800—2 400 cal.

Regimul larg se introduce după alte 10—14 zile ; acesta se apropie de normal: brînză de vaci, caş, urdă, carne albă, slabă, tocată şi fiartă, peşte fiert, de rîu, legume verzi fierte, fructe fierte sau coapte, zeamă strecurată de portocale sau mandarine diluată cu apă (dacă este tolerată).

Spre sfîrşitul puseului acut (4—5 săptămîni) recomandăm o dietă care nu diferă de alimentaţia normală decît prin interzicerea alimentelor nocive pentru stomac, precum şi a alcoolului, cafelei şi a condimentelor iuţi. Bolnavul rămîne la aceleaşi 3 mese şi 2 gustări intermediare (lapte la 2—4 ore după masa principală).

În tot timpul dietei se va suplimenta alimentaţia cu vitamină C (200 mg/zi, după mese), complexul vitaminelor B, treptat ceai de măceş, suc de morcovi cruzi sau de citrice.

Tratamentul medical

În criză: repausul şi schimbarea modului de viaţă au un rol capital asupra excitabilităţii crescute. Un rol adjuvant au bromul, fenobarbitalul (III: 0,015 g × 3—4/zi) hidroxizina, meprobamatul, clordiazepoxidul.

Scanned with OKEN Scanner

Diminuarea cantitativă a secreției gastrice și îndepărtarea spasmului musculaturii netede gastrointestinale se realizează prin parasimpaticolitice (beladona, atropină, butilscopolamină) sau anticolinergice de sinteză (propantelină) a căror superioritate asupra primelor este departe de a fi dovedită.

Durerea este înlăturată prin neutralizarea permanentă a acidului clorhidric. Medicația antiacidă se compune din alcalinizante și neutralizante. Pe lîngă dieta corectă se va administra carbonat de calciu ca neutralizant (III: 1—1,50 g la fiecare 1—2—3 ore, între orele 7 și 20).

Hipersecreția și durerea nocturnă pot fi prevenite prin administrarea seara a unui parasimpaticolitic sau anticolinergic.

Complicațiile tratamentului. Constipația tenace (se poate ajunge chiar la fecalom cu ocluzie) poate fi combătută prin modificarea treptată a dietei, scăderea dozelor de carbonat de calciu și înlocuirea lor cu hidroxid de aluminiu ca neutralizant (ca și prescrierea de carbonat de magneziu (neutralizant și laxativ) (III: 1—2 g × 1—2—3/zi).

Alcaloza hipercalcemică trebuie suspectată dacă apar: anorexie, vărsături, sufuziuni conjunctivale, chiar tulburări ale S.N.C. (confuzie mintală, convulsii, comă). Pentru confirmarea biologică se vor doza: calcemia, fosforemia, ureea, fosfatazele alcaline, Na, K, Cl, Co_2. Dacă se precizează diagnosticul de alcaloză, se va administra ClK, 2—4 g/zi. Se va opri laptele și alcalinele.

Prevenirea recidivelor (perioada dintre crize)

În primul an după criză, este recomandabil ca bolnavul să ia (la început) de 5 ori (mai tîrziu de 3 ori)/zi cîte 3/4—1 linguriță rasă (III) din: R_p Carbonat de calciu 60 g, Magnezie calcinată 10—25 g, Bicarbonat de sodiu 15 g, Extr. beladonă 0,30—0,50 g sau pulberea de saturație (Teohari): *Rp.* Subnitrat de bismut 10 g, Magnezie calcinată 10—20 g, Bicarbonat de sodiu 20—30 g, Extr. beladonă 0,10—0,15 g.

Cura hidrominerală este utilă: Sîngeorgiu, Slănic, Malnaș.

Din punctul de vedere al dietei, unii specialiști nu văd utilitatea unei diete în perioadele intercalare; principiul acesta poate fi urmat probabil numai la anumite ulcere duodenale.

La ulcerul gastric sau la cel piloric, în cazuri de gastrită (foarte frecventă) bulbită sau duodenită reziduală, socotim că regimul alimentar de largă cruțare, compatibil cu reîncadrarea copilului în programul școlar obișnuit, trebuie urmat minimum 1 an (în funcție și de evoluția bolii).

TRATAMENTUL GASTRITEI CRONICE, DUODENITEI, GASTRODUODENITEI

Etiologia este insuficient cunoscută și probabil complexă. În unele cazuri poate fi pusă în evidență o cauză precisă sau cel puțin circumstanțe favorizante:

— în cadrul bolii ulceroase (frecvent);
— infecții bucorinofaringiene, infecții dentare (gastrita);

Scanned with OKEN Scanner

— greşeli alimentare:
— anumite medicamente (vezi boala ulceroasă);
— afecţiuni biliare şi hepatice (duodenita);
— alergia.

Tratamentul. Combaterea, evitarea cauzelor sigure sau probabile; dietetica: un regim larg de cruţare, ca cel indicat în boala ulceroasă pentru perioada dintre crize; în prima săptămînă se va prescrie regimul lactat lărgit din boala ulceroasă. Suplimente de vitamine C şi B.

Măsurile generale şi medicaţia sînt similare cu cele din boala ulceroasă (perioada dintre crize). Dacă gastrita este hipoclorhidrică, este indicat acidul clorhidirc diluat sau Acidopeps.

TRATAMENTUL MUCOVISCIDOZEI (FIBROZA CHISTICĂ CONGENITALĂ A PANCREASULUI)

Funcţiile perturbate ale glandelor exocrine pancreatice afectate nu pot fi corectate; de aceea, boala evoluează spre moarte în primele luni sau primii ani de viaţă şi numai 10% din bolnavi depăşesc vîrsta de 10 ani.

Insuficienţa pancreatică este combătută prin terapia de substituţie cu fermenţi pancreatici: se administrează permanent 3 drajeuri Triferment /zi, pisate în prima copilărie şi întregi la copii peste 3 ani.

Sugarii vor fi alimentaţi pe cît posibil cu lapte de femeie, care uşurează şi digestia grăsimilor prin lipaza pe care o conţine ; în rest se recomandă o alimentaţie bogată în proteine şi săracă în grăsimi (la sugari *babeurre*, Eledon, Kaukasan, lapte albuminos; la copilul mic puţine grăsimi). Vitaminele lipsolubile (nevoile în vitamine sînt sporite) vor fi administrate numai pe cale parenterală. Astfel: vitamina A cîte 100 000 u. (injecţii strict *i. m.* deoarece provoacă lesne oleom), la fiecare 3—4 săptămîni; vitamina A palmitat (hidrosolubilă) poate fi administrată şi *per os*.

Vitamina D_2, cîte 200 000—300 000 u. la 1—2 luni pentru sugari şi la 3—4 luni pentru copii; vitamina D_3 hidrosolubilă poate fi administrată *per os* 2 000—3 000 u./zi.

Vitamina E, cîte o fiolă *i. m.* la 1—2 săptămîni.

Vitaminele C şi B complex sînt de asemenea necesare.

Vitamina K va fi administrată sistematic (1 fiolă săptămînă *i. m.*) pentru a corecta deficitul în protrombină.

Pierderea de electroliţi impune un supliment alimentar de NaCl (0,50—1—2 g/zi), mai ales în anotimpul cald.

Infecţiile pulmonare vor fi tratate cu antibioticele corespunzătoare. Primele puseuri răspund la antibioticele uzuale (penicilină, Ampicilină, tetraciclină); cu timpul se selectează însă stafilococi (şi piocianic), a căror eradicare devine tot mai dificilă. În teritoriile bronşiectazice pot acţiona favorabil şi aerosolii, dar numai sub forma unor particule foarte fine; pentru fluidificarea secreţiilor vîscoase se folosesc antibioticele indicate de antibiogramă şi diluate în sol. NaCl 3%.

Spasmul bronşic poate fi combătut şi cu aminofilină, efedrină, iar expectoraţia poate fi ajutată şi prin iodură de potasiu, *Liq. ammonii anisati* etc. Codeina şi similarele, ca şi antihistaminicele sînt interzise.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL SINDROMULUI CELIAC

Tratamentul sindromului celiac poate fi corect enunțat, dacă etiologia este clarificată prin anamneză, examenul clinic, teste paraclinice; uneori numai excluderea anumitor alimente confirmă etiologia.

Intoleranța la gliadină (și avenină, hordeină) este cea mai frecventă cauză a sindromului celiac și a fost denumită de unii celiachia-boală. Mai pot fi hotărîtoare intoleranța la β-lactoglobulină, absența sau insuficiența unor enzime ca lactaza, invertaza, maltaza, care efectuează hidrolize în intestinul subțire.

Sindromul celiac poate fi provocat și de malformații ale intestinului subțire, fistule gastrointestinale, mucoviscidoză, tuberculoză intestinală, parazitoze (*(Giardia, Ankylostoma, Strongyloides)*.

Terapeutica celiachiei produsă de gliadină este exclusiv dietetică și se bazează pe excluderea produselor de grîu și secară sub orice formă (conțin gluten), a produselor de ovăz (avenină) și orz (hordeină).

Polizaharidele tolerate sînt orezul, tapioca, făina și amidonul de cartofi, făina și amidonul (Zeamil) de porumb. Sînt tolerate legumele, fructele, zaharoza, lactoza, mierea, grăsimile, oul, carnea, laptele și derivatele, cacao etc.

Alimentele permise vor fi introduse treptat în decurs de cîteva zile, în funcție de vîrstă și toleranța digestivă. La sugari, începem cu mucilagiu de orez 8—10% și îmbogățim rația repede cu Eledon, Kaukasan sau *babeurre* (cu zahăr sau glucoză și Zeamil) sau lapte albuminos, brînză de vaci, ficat (carne), gălbenuș, piure de legume, mere rase, banane. La copilul mic începem cu mere rase, banane și adăugăm repede ouă, carne, brînzeturi, legume, fructe.

Pentru completarea rației, vom utiliza numai polizaharidele tolerate (porumb, orez, tapioca, cartofi).

Imediat ce gliadina este îndepărtată din alimentație, grăsimile din fecale diminuează și resorbția se ameliorează; persistă încă cîtva timp hidrolabilitatea și tendința la tranzit mai accelerat cu scaune moi.

Medicul va preveni familia că orice aliment (și medicament) care conține cît de puțină făină și griș, de grîu, ovăz, orz (indiferent forma), determină o recădere. Această alimentație va fi continuată cel puțin 1 an, uneori mai mulți ani.

În prima perioadă a tratamentului vor fi combătute hipo- și avitaminozele cu vitaminele respective și anemia cu fier, toate pe cale parenterală.

Acești bolnavi cer o lungă supraveghere a creșterii în general, a tubului digestiv, sistemului osos, dinților, a pubertății etc.

Dacă identificăm altă etiologie, tratamentul va fi cel corespunzător.

TRATAMENTUL DIAREEI NESPECIFICE RECIDIVANTE (CRONICE) LA COPII MICI ȘI DE VÎRSTĂ ȘCOLARĂ

Îndeosebi la copii între 1 și 3 ani se observă episoade diareice recidivante, favorizate de un *stress* fizic sau psihic, o infecție respiratorie acută. Hiperexcitabilitatea vegetativă poate fi tot atît de netă și la copilul mare, căruia

îi determină o diaree de origine exclusiv psihică („diaree de examene") Această hiperreactivitate a colonului distal (la copii cu diateză neurogenă) este corespunzătoare cu stările care la adulți (și copilul mare) sînt denumite colon iritabil, enterocolită sau colită mucomembranoasă, colită mucoasă.

Diagnostic diferențial. Diareea cronică recidivantă, determinată de o alimentație nepotrivită sau care urmează unei diaree acute. În această ultimă privință insistăm asupra imperativului de a se executa 3—5 coproculturi (concomitent și la membrii familiei), care pot demonstra că suferința este în realitate o dizenterie, o salmoneloză nedepistată la timp. Examene repetate pot de asemenea identifica o parazitoză (lambliază, ascaridioză, teniază) care poate provoca acest sindrom. Anamneza, examenele corespunzătoare (proba terapeutică) pot de asemenea depista o deficiență congenitală la dizaharide, forme fruste de mucoviscidoză sau celiachie, o alergie alimentară, o tuberculoză intestinală.

Vom căuta să favorizăm o dezvoltare armonioasă a copilului: mult aer liber, fără oboseală excesivă, odihnă la prînz, soare, raze ultraviolete, călire, schimbare de mediu, o atmosferă psihică pozitivă în familie. Trebuie să evităm ca familia și copilul să-și concentreze atenția asupra unui regim alimentar sever, funcțiilor tubului digestiv, numărului și aspectului scaunelor. Psihoterapia poate avea un rol determinant.

Vor fi evitate situațiile de *stress* care pot provoca episoade acute.

Vom recomanda o dietă substanțială, ferindu-ne numai de alimentele care nu sînt indicate la vîrsta respectivă. În episoadele acute se limitează alimentele bogate în celuloză. Se vor folosi forme ușoare de alimentație: piureuri, compot etc. Băuturile foarte reci accelerează tranzitul colic.

Sedativele pot fi utile (brom, Bromoval, fenobarbital); unii copii răspund mai bine la tranchilizante (hidroxizină, meprobamat, clordiazepoxid).

Mai rar pot avea succes trecător doze mici de antispastice (atropină, beladonă, Liza·lon, butilscopolamină). Subnitratul sau carbonatul de bismut au probabil un efect psihoterapic. În timpul episoadelor acute: căldură locală, spasmolitice; disbacterioza este frecvent influențată favorabil de derivații halogenați ai oxichinoleinei: Mexaforme P, Saprosan, Cifoform (fără să uităm eventualitatea accidentelor provocate de iod — dermatite, anită, dureri abdominale) sau de ftalilsulfatiazol.

TRATAMENTUL COLITEI ULCEROASE

Tabloul clasic al bolii, în general fără o cauză cunoscută (sau după o dizenterie), se instalează încet, dar progresiv. Uneori se asociază și o suferință hepatică; rareori, boala este o manifestare a unui lupus eritematos generalizat.

Cooperarea dintre medic și familie, încrederea în medic sînt factori importanți într-o boală gravă, îndelungată și recidivantă, cum este colita ulceroasă (T. Feldioreanu, *Pediatria*, 1966, nr. 2).

Familia va căuta să înlăture motivele de tensiune psihică, conflictele emoționale, care influențează defavorabil evoluția prin *stress*-ul psihogen provocat.

Forme „ușoare" pot fi denumiți bolnavii care: *a)* nu arată de-a lungul anilor semne de boală generală (creșterea se face acceptabil, fără pierderi

importante în greutate, fără febră, anemie, toxicitate și a căror semne radiologice colice sînt minimale sau absente sau *b)* cazurile grave care au retrocedat la situația descrisă mai sus.

Alimentația trebuie să fie completă, cu multe proteine animale, la început cu celuloze puține și sub o formă fin divizată. Se va încuraja trecerea la normal dacă toleranța se ameliorează. Suplimente de vitamine A,B,C.

— Tensiunea nervoasă, insomnia, spasmul și hiperperistaltismul pot fi atenuate prin: (III) *Rp.* Fenobarbital 0,015—0,02 g, Extr. beladonă 0,75 mg, Carbonat de calciu 0,20 g, p. un caşet, f. N XX ass. 3—4 /zi înainte de mese și la culcare.

Deoarece infecția secundară nu este o problemă la acești bolnavi, indicațiile pentru antibiotice sînt de obicei reduse (cele cu spectru larg agravează uneori diareea).

La bolnavii care nu se ameliorează în modul descris, se va recomanda tratament steroidic local: zilnic (2—3 săptămîni) o clismă cu 50 mg hidrocortizon; vom mai continua 7—10 zile cu doze treptat reduse, pentru a evita o recădere.

Se va controla vindecarea locală prin rectosigmoidoscopie.

Formele severe. Repaus psihic și fizic realizat în cadrul spitalizării. Psihoterapia susținută este absolut necesară. Dietă, electroliți, suplimente nutriționale. Excluderea totală a legumelor și fructelor. În regim este necesar un aport sporit de proteine, pentru a compensa efectele catabolice ale bolii și pierderea excesivă de proteine prin scaune. Vitaminele A, B, C, D, K, vor fi administrate pe cale parenterală.

Anemia impune preparate de fier pe cale *i.m.*, dacă există o carență marțială și cîteva transfuzii. Apa, glucoza și electroliții pot fi temporar administrați prin perfuzie, dacă aportul oral nu este capabil să compenseze pierderile. Deși se pot injecta hidrolizate de proteine *i.v.*, este preferabil aportul de proteine pe gură.

Pentru sedare pot fi folosite clorpromazină sau meprobamat. Antispasticele pot deprima (la bolnavii grav și denutriți) peristaltismul pînă la atonie intestinală, de aceea vor fi introduse după ce s-a corectat deficitul nutrițional și electrolitic.

Medicația antibacteriană este imperios indicată, atunci cînd apar febră, fenomene locale inflamatorii sau distensie abdominală, pentru că pot fi iminente o pericolită, abces sau perforație: 1 000 000—2 000 000 u. penicilină cristalizată/24 ore, asociată cu streptomicină *i.m.*

Sulfamidele (ftalilsulfatiazol, sulfizoxazol, sulfametoxipirimidină) sînt prescrise pentru stăpînirea și prevenirea infecției secundare, mai ales concomitent cu corticoterapia; rezultatele pot fi favorabile, dar efectul dispare cu timpul (se instalează rezistența bacteriană). Este de reținut și riscul anemiei hemolitice. Mai pot fi folosite (în cure scurte): Ampicilina, Furazolidon, Paromomicina (se va ține seama și de antibiogramă).

Cloramfenicolul și tetraciclina pot fi administrate în cure scurte, dar pot da frecvent agravări.

ACTH, corticosteroizii. Rezultatul imediat este impresionant la bolnavii care nu au răspuns la tratamentul schițat mai sus. Ele nu vindecă însă pro-

Scanned with OKEN Scanner

cesul patologic, iar efectele lor secundare pot fi severe: perforație intestinală la bolnavii avansați, reacții psihotice și celelalte reacții nedorite frecvente la tratamentele îndelungate.

Prednisonul 10—15 mg la fiecare 6 ore *p.o.* are efect în 48 ore; dacă starea este gravă, calea orală este incertă și se va începe cu ACTH *i.m.* sau perfuzie intravenoasă (tratamentul trebuie oprit dacă nu sînt rezultate după o săptămînă). Corticoterapia va fi continuată multe luni cu o reducere foarte progresivă a posologiei la fiecare 2—3 săptămîni sau se va folosi schema din sindromul nefrotic. În caz de recădere, creștem temporar posologia, pentru a putea stăvili simptomele. Remisiunea clinică este obligatoriu legată de revenirea mucoasei rectale la normal.

Indicația operatorie poate fi pusă la copilul mare după aceleași criterii ca și la adulți.

TRATAMENTUL MEGACOLONULUI

Megacolonul *aganglionic congenital* (boala Hirschsprung) este o boală foarte rară, cu anamneză și manifestări clinice caracteristice. Terapeutica chirurgicală (rectosigmoidectomia segmentului aganglionar, precedată de biopsie) este urmată de bune rezultate, dacă este executată la copii care au depășit greutatea de 10—14 kg. La nou-născuți și sugari se recomandă: oleu de parafină și clisme cu ser fiziologic (apa sau apa cu săpun pot produce intoxicația cu apă); în caz de ileus este necesară colostomie.

Megacolonul datorit unor *leziuni anatomice* (stricturi secundare operației pentru imperforație anală, stenoză anorectală, tumori obstructive intrinsece sau extrinsece) este excepțional de rar.

Megacolonul *psihogen, funcțional* se deosebește net de boala Hirschsprung:

— începe mai tîrziu, pe cînd boala Hirschsprung are debutul la naștere;

— are de obicei la bază greșeli de conduită ale mamei (se ajunge la un antagonism familie — copil), tulburări de comportament (rareori fisuri și stenoze anale, boli generale lungi și grele);

— la tușeul rectal ampula este plină.

Boala poate lua aparența unui encompresis.

Tratamentul cere multă răbdare:

— psihoterapie;

— inițial dilatație anală sub anestezie; în primele săptămîni, clisme zilnice cu ser fiziologic; după care laxative timp de cîteva luni, pentru stimularea peristaltismului (dozele vor fi progresiv scăzute, după ce scaunele au început să fie normale);

— dieta va fi bogată în zarzavaturi (zilnic, salate la copii mai mari) și fructe (merele sînt mai puțin utile), iar laptele va fi redus la 400 ml/zi.

TRATAMENTUL HEPATITELOR CRONICE

Etiologie. A. Mai frecvent decît la adult, hepatita cronică este la copil urmarea unei hepatite virale (epidemice) acute.

Scanned with OKEN Scanner

Aproximativ 95% din hepatitele acute se vindecă, dacă sînt depistate la timp, tratate conștiincios și perseverent.

Există însă și factori care favorizează trecerea hepatitei acute în hepatită cronică:

1. Particularitățile virusului. Virusul hepatitei B ar favoriza acestă evoluție mai ales că un procent mai însemnat de hepatite sînt anicterice, mai greu de recunoscut.

2. *Reactivitatea organismului.* a) Factori preexistenți hepatitei acute, unele boli infecțioase:

— parazitozele intestinale;

— alimentația dezechilibrată sau greșită, care creează și întreține o disbacterie;

— tuberculoza.

b) Factori care intervin în timpul hepatitei acute virale:

— diagnosticul tardiv;

— infecțiile intercurente, anginele, infecțiile căilor respiratorii, gripa, rujeola, tusea convulsivă etc.;

— conduita terapeutică incorectă (lipsa repausului etc.).

c) Factori care intervin după hepatită (în convalescență și mai tîrziu):

— reluarea prematură a activității (joc, școală, sport);

— abaterile dietetice;

— alimentația dezechilibrată, enterocolitele prelungite;

— inflamațiile căilor biliare;

— infecțiile acute, care pot leza ficatul prin gravitatea, prelungirea, repetarea lor; infecțiile cronice amigdaliene, sinuzale.

B. În absența hepatitei virotice acute, sînt rare situațiile prin care se poate ajunge la o hepatită cronică. Dintre infecții citām mononucleoza infecțioasă; se pot suma și factori ca: infecțiile repetate și prelungite, colitele, alimentația dezechilibrată și carențată în proteine și vitamine, parazitozele.

Alcoolul poate constitui un factor determinant sau favorizant în provocarea, întreținerea și agravarea hepatiei cronice.

Diagnosticul este asigurat de anamneză, examenul clinic și probele paraclinice.

Lipsa unor probe specifice pentru hepatita virotică acută și nespecificitatea multor probe „hepatice" impun adesea investigații complexe (A. Rusescu, *Spitalul*, 1964, nr. 4), cel puțin pentru stabilirea diagnosticului de hepatită cronică și pentru evaluarea prezenței și semnificației factorilor etiologici adjuvanți.

Probe de orientare: urobilinogen în urină, teste de labilitate serică.

Investigații generale: sînt necesare cînd toate sau una din probele citate arată valori net pozitive. Aceste probe generale sînt indicate atît pentru fixarea diagnosticului de hepatită cronică, precizarea intensității alterării ficatului, etapa evolutivă a bolii, existența unor anumiți factori etiologici, cît și pentru urmărirea evoluției bolii.

Urina: pigmenți biliari, bilirubină, urobilină, urobilinogen.

Serul sanguin: a) proteine totale și electroforeza fracțiunilor proteice; b) enzime; c) eliminarea bromsulfonftaleinei; d) timpul de protrombină și complexul protrombină-proconvertină; e) colesterol; f) uree etc.

Laparascopia și puncția hepatică țintită asigură diagnosticul și precizează etapa evolutivă la bolnavii pentru care persistă îndoieli.

Probe speciale: bilirubina liberă și conjugată, fosfataza alcalină, tubajul duodenal, imunoelectroforeza, medulograma, depistarea radiologică a varicelor esofagiene, splenoaortografia etc.

Scanned with OKEN Scanner

Examenele sugerate de existența altor factori etiologici sau a unor stări care întreţin sau agravează hepatita cronică: focare infecţioase amigdaliene, sinuzale, dentare, parazitoze, enterocolită etc.

Se va da prioritate probelor paraclinice care implică traumatisme fizice şi psihice minime; explorările vor fi ierarhizate în funcţie de problemele pe care le ridică bolnavul respectiv, asigurarea diagnosticului, faza evolutivă a bolii, complicaţiile existente sau previzibile.

Profilaxia

Prevenirea hepatitei provocată de virusul β: sterilizarea corectă a materialului injectabil, materialului dentar şi a sondelor, problema utilizării corecte a derivatelor sanguine etc.

Pentru contacţii de hepatită virotică acută: γ-globulină, urmărirea clinică şi probe paraclinice.

Măsuri în faza acută a hepatitei virotice acute: internarea precoce în spital cu tratarea corectă a fazei acute, evitarea şi tratarea precoce a infecţiilor intercurente; dispensarizarea corectă în timpul convalescenţei.

Dispensarizarea este preventivă şi curativă: se tratează tulburările care persistă după ieşirea din spital, este ajutată vindecarea, se previn recidivele, complicaţiile şi agravările, se previn şi se tratează bolile citate mai sus care pot împiedica vindecarea şi/sau care favorizează cronicizarea.

Terapeutica hepatitelor cronice

Evoluţia naturală a simptomelor hepatitei acute virotice corect tratată este de 4—5 săptămîni, iar vindecarea reală, anatomică, survine după alte 2—3—4 luni. Dacă după acest termen (8 luni după unii) persistă semne certe de evoluţie a hepatitei, poate fi afirmat diagnosticul de hepatită cronică.

Repausul fizic reprezintă un principiu de bază al terapeuticii. Aplicarea lui este variată în funcţie de forma clinică şi de momentul evolutiv.

În hepatita cronică, progresivă, ca şi în perioadele icterice, este obligatoriu repausul permanent la pat.

La bolnavii a căror evoluţie se face spre stabilizare se va păstra repaus la pat 12 ore; noaptea între orele 20—şi 8 şi 2—3 ore după amiază (13—16). Între 8—13 şi 16—20, activitate moderată în casă sau afară, scurte plimbări. În al doilea an de tratament — dacă involuţia face progrese — şcolarizare la domiciliu, cu minimum de efort fizic şi intelectual.

La bolnavii stabilizaţi, la formele inactive, recomandăm timp de 1—2 ani tot 12—14 ore de repaus culcat, dintre care 1—2 ore după masa de prînz, program redus de şcolarizare, cu scutirea de gimnastică, sport, lucru manual, cor, excursie etc.

Restricţiile vor fi din nou mai severe cînd apar infecţii intercurente, mai ales virotice.

Clima de deal sau chiar subalpină este favorabilă, mai ales în cure îndelungate sau repetate de două ori pe an. Cura de soare este contraindicată.

Scanned with OKEN Scanner

Apele minerale sînt contraindicate atît în formele evolutive, cît și în cursul involuției bolii. O cură de 3 săptămîni pe an la Călimănești, Olănești este utilă în formele stabilizate, cu manifestări de diskinezie biliară.

Regimul alimentar

Dieta din hepatitele cronice și ciroze trebuie să fie echilibrată, hrănitoare (100 cal./kg/zi la copii peste 1 an; 50 cal./kg/zi la copii de 10 ani), bogată în proteine, glucide și vitamine, săracă în sare și relativ săracă în grăsimi.

Proteinele se dau în cantitate de 3,5 g/kg la cei mici și 1,5 g/kg la cei mari, adică 40—50 g/zi la copii peste 10 kg și pînă la 120—150 g/zi la cei mari, dacă sînt tolerate. Ele vor proveni din alimente proaspete: carne de vacă sau mînzat, găină sau pui, lapte sau iaurt, brînză de vaci, albuș de ou. Abia după stabilizarea hepatitei sînt permise șunca slabă sau crenvurști dietetici fără condimente.

Glucidele se dau în cantități cuprinse între 200 și 400 g/zi, după vîrstă și greutate. Ele vor proveni din legume, fructe, dulciuri, făinoase (mai ales sub formă de pîine fără sare), cartofi, orez fidea, macaroane, prăjituri indicate, sucuri de citrice cu zahăr, fructe crude sau compot, mere coapte, miere de albine, marmeladă, gem, dulceață etc. Se vor evita excesele de glucide și vegetalele care produc fermentații intestinale, cum ar fi anumite legume și fructe mai ales administrate crude. De aceea unii copii vor primi temporar numai legume fierte și trecute prin sită (piureuri, supe false), pîine albă, compoturi bine fierte, mere rase, zeamă strecurată de citrice și diluată cu apă etc.

Grăsimile au tendința de a se acumula în ficatul lezat, producînd „ficatul gras". Restricția grăsimilor trebuie înțeleasă în sensul că ele nu vor depăși 20% din rație; sînt permise unele grăsimi prezentate sub o anumită formă.

Bolnavul primește unele grăsimi prin alte alimente: lapte, iaurt, brînză de vaci, carne; la acestea se poate adăuga o cantitate mică de ulei și de unt, după vîrstă, greutate, faza hepatitei, toleranța bolnavului și starea tubului digestiv. Uleiul de floarea soarelui și untdelemnul de măsline vor fi preferate. Restricția este necesară dacă bolnavul varsă sau are simptome gastrointestinale care sugerează o digestie grea sau absorbție defectuoasă a grăsimilor.

Vitaminele se administrează prin legume verzi, zarzavaturi, fructe, carne (vitaminele grupului B și vitamina C), unt și grăsimi (vitaminele A, D,E,K).

Vitamina B_1 se găsește în grăunțele cerealelor, carne, drojdie de bere, gălbenuș de ou, portocale, morcovi cruzi. Vitamina B_2 este conținută în drojdia de bere, legumele verzi, lapte, ouă, ficat. Vitamina B_6 se găsește în cereale, mai ales în grîu și porumb în cursul încolțirii, în drojdia uscată, morcovi. Vitaimna B_{12} se găsește mai ales în ficat. Vitamina C este mai concentrată în fructe proaspete, zeamă de morcovi cruzi, roșii, citrice. Vitamina E se poate lua din uleiul de germene de porumb, din tărîțe de grîu, spanac, unt, iar vitamina K din spanac, morcovi, pătlăgele roșii.

Scanned with OKEN Scanner

Sarea. Dieta trebuie să fie săracă în sare. În hepatitele cronice și cirozele fără edeme sînt permise 4—6 g sare/zi, calculînd bineînțeles și sarea conținută în diferitele alimente (1 litru lapte conține 1,5 g) și 2—3 g sare fără sodiu. Restricția este mai severă în timpul corticoterapiei.

Prepararea variată și plăcută a alimentelor în mîncăruri gustoase devine o necesitate. Alimentele preparate fără gust, dietele monotone trebuie total eliminate, deoarece descurajează, plictisesc.

Totodată, alimentele se vor prelucra cît mai puțin pentru a nu-și pierde calitățile nutritive.

Se recomandă următoarele alimente:

Băuturi: zeamă de citrice cu zahăr și apă, sirop de fructe cu apă sau puțin sifon, suc de morcovi crudi, ceaiuri din plante, cafea de malț (orz), kissel de lapte și de fructe.

Carne de vacă, vițel, găină, pui, sub formă de rasol, perișoare dietetice, grătar, mititei dietetici, tocături dietetice, mîncăruri fără rîntaș, dar cu sosuri dietetice.

Pește alb de rîu, fiert sau fript (lin, șalău, știucă, păstrăv, biban).

Laptele cu zahăr sau sub formă de iaurt, lapte tăiat cu ceai sau cu cicoare, lapte cu sucuri de fructe, lapte cu griș sau orez, fidea, tăiței.

Brînză de vaci ca atare sau în papanași fierți, la care se adaugă puțin unt; urdă (telemea bine desărată).

Ouă fierte moi în coajă sau ochiuri românești, omletă la aburi din albuș de ou, albuș de ou cu zeamă de fructe sub formă de spumă, pișcoturi din albuș.

Se poate da de 3—4 ori pe săptămînă cîte 1 ou.

Grăsimi: ulei și unt, servite proaspete la masă sau fierte în mîncăruri (nu încinse).

Pîinea albă fără sare, veche de o zi sau prăjită, intermediară de bună calitate (coaptă bine), biscuiți din albuș, pișcoturi.

Făinoase, ca orez, griș, mămăliguță bine fiartă (nu pripită), macaroane și tăiței fierți în apă sau lapte sub formă de budinci dietetice.

Legume și zarzavaturi crude (tocate ca salată de crudități cu ulei și sare de lămîie) și mai ales fierte sub formă de soteuri sau piure. De asemenea se pot da sub formă de supă de zarzavat, supă-cremă cu o lingură de smîntînă proaspătă, la care se adaugă orez sau zdrențe de albuș, mîncăruri de legume înăbușite (nu prăjite) cu sosuri dietetice fără rîntaș.

Supă de legume îngroșată cu legume trecute prin sită și făinoase sau cu lapte sau cu perișoare de carne, supă de roșii cu orez, borșuri de zarzavat (sfeclă, fasole grasă, salată verde, cu puțin borș).

Fructele vor fi curățate de coajă și sîmburi și bine pîrguite, dacă sînt consumate crude; caise, piersici, struguri, pere, căpșuni, citrice, mere rase.

Se mai pot consuma mere coapte la cuptor, compoturi bine fierte, sirop, gelatine, spume, sufleuri.

Sosuri numai dietetice.

Deserturi: cremă de lapte sau din sucuri de fructe (cu amidon alimentar, Zeamil, gelatină) griș sau orez cu lapte, gelatină cu lapte, brînză și iaurt cu coaje de lămîie sau cafea, cornulețe cu marmeladă, ștrudel cu mere sau vișine, bezele, biscuiți din albuș, savarină cu frișcă din albuș, creme de

Scanned with OKEN Scanner

lapte cu albuș, griș cu stafide, spumă de griș cu lapte, ștrudel cu brînză de vaci (aluatul va avea puțin unt sau ulei), compot de caise, piersici, prune, vișine.

Condimentele neiritante sînt foarte importante pentru a da varietate și gust plăcut preparatelor dietetice: frunze de pătrunjel, mărar, țelină, leuștean. Se mai poate adăuga în sosurile dietetice sau pe carnea la grătar puțin cimbru, tarhon, dafin, suc de roșii. Pentru aromatizarea deserturilor: vanilie, scorțișoară, coajă rasă de lămîie sau portocale.

Tratamentul medicamentos

Util la orice bolnav, capătă o deosebită valoare în formele evolutive ca și în prezența carențelor proteice, vitaminice, a încărcării grase etc.

Proteinele și acizii aminați necesari trebuie să fie asigurați prin alimentație.

Hipoproteinemia și denutriția pot fi favorabil influențate de hormonii anabolizanți, dacă aceștia sînt folosiți cu precauțiile impuse de vîrstă. Produsele Naposim, Nerobolette, Nerobol sînt utile în cure repetate de cîte 28 zile, cu pauze de cel puțin 42 zile, timp de 6—12 luni.

Glucidele sînt furnizate de alimentație; perfuziile i.v. cu glucoză 10—20% pot fi utile cînd insuficiența hepatică este evidentă; levuloza (fructoza) pare să aibă o resorbție și o utilizare superioară glucozei.

Factorii lipotropi (metionina, colina, mezoinozitolul) pot preveni și combate încărcarea grasă, ei fiind indicați ori de cîte ori încărcarea și degenerescența grasă sînt sugerate de clinică (factori toxici, carențiali, alcool) și/sau confirmate de puncția biopsică. Se pot folosi Mecopar și Tonozit în cure de 30—45 zile. Utilizarea lor necontrolată (în formele grave) poate fi periculoasă, deoarece poate favoriza instalarea comei hepatice.

Biocatalizatorii vitaminici sînt cu atît mai necesari, cu cît carența respectivă este mai evidentă (anamneză, clinică) și cu cît regimul alimentar al bolnavului va avea totuși în continuare anumite insuficiențe de acest ordin. Și-au dovedit necesitatea acidul ascorbic, ca și vitaminele B_1, B_2 și B_6 din grupul vitaminelor B. În afara perioadei de debut a tratamentului, cînd sînt necesare pentru cîteva zile doze mai mari (vitamina C 200, 1—3 comprimate/zi sau o fiolă de 5 ml/zi; Electovit, 2—4 drajeuri/zi sau 2 fiole vitamină B complex/zi), posologia va fi în general moderată. Bolnavul va primi după aceea și în permanență vitamina C 100—200 mg/zi și Electovit 1 drajeu/zi și 1—(2) mg vitamina K/zi pe gură. Este necesar și un mic aport de vitamine A și D, datorită cerințelor fizologice la această vîrstă, restrîngerii relative a grăsimilor alimentare și interzicerii curei de soare în timpul verii; vom recomanda cîte 1 drajeu de vitamina A + D_2 la 3—4 zile interval (din octombrie pînă în aprilie).

Dacă sînt tulburări de absorbție a grăsimilor, devine necesară suplimentarea alimentației cu doze mici de vitamina A palmitat și vitamina D_3 hidrosolubilă *p. o.* sau în lipsă vitaminele A și D_2 în doze care depășesc de 2—3 ori pe cele fiziologice: 2 drajeuri vitamina A + D_2, de asemenea și 5 mg vitamina K/zi. Vitamina B_{12} a fost recomandată de mulți specialiști, dar rezultatele clinice nu sînt la înălțimea așteptărilor.

Scanned with OKEN Scanner

Speranțele puse în corticoterapie au fost în general înșelate. Rezultatele imediate par adesea favorabile (starea generală, hepatomegalia, probele de labilitate serică) dar aceste ameliorări dispar curînd după terminarea curei. La unii bolnavi se instalează corticodependența. În consecință, indicațiile sînt astăzi restrînse: numai pentru unele forme clinice și anumite momente evolutive.

Așa-zisa hepatita lupoidă a început a fi descrisă și la copii. În aceste cazuri, tratamentul se începe cu 15—30 (50) mg Δ-cortizon/24 ore; după 7—10 zile se va scade treptat la acea doză de întreținere minimă (5—10 mg/24 ore), care face să dispară icterul și tinde să normalizeze nivelul seric al transaminazelor și al γ-globulinelor. Unii încearcă un tratament intermitent sau cu imunosupresoare. Efectele secundare sînt numeroase și pot fi grave.

Sînt interzise medicamentele hepatotoxice: fenobarbital, clorpromazină și excesul altor fenotiazine, fenilbutazonă, opiacee.

TRATAMENTUL CIROZELOR

Etiologia este în general similară cu aceea a hepatitelor cronice.

Tratamentul ideal este cel care ar reuși să înlăture sau să corecteze cauza (dietă lipsită de galactoză la galactozemie, înlăturarea cuprului din organismul suferinzilor de boala Wilson).

La cirozele posthepatitice sperăm numai să oprim evoluția sau cel puțin să încetinim progresiunea bolii.

Conduita este similară cu cea expusă la hepatitele cronice. În ciroza datorită mecanismelor autoimune este indicată corticoterapia (vezi hepatita lupoidă).

Problemele puse de icterul prelungit, echilibrul acido-bazic, apă și săruri minerale, ca și de hipertensiunea portală, defectele coagulării, coma hepatică etc. fac obligatorie ingrijirea și tratarea bolnavului într-un spital bine dotat.

TRATAMENTUL COLECISTITELOR

Afecțiunea izolată este excepțional întîlnită, dar este mai puțin rară dacă clinicianul este avertizat de existența bolii la copii, dacă se interpretează corect rezultatele tubajului duodenal, se execută bilicultură, colecistografie și retinem asocierile cu:

— apendicita cronică, gripa (ganglionii limfatici din jurul coledocului sînt măriți);

— duodenita (la pubertate, la fete);

— giardioza, pneumonia, febra tifoidă (ca o complicație a acestora);

— colelitiaza, în cadrul anemiei hemolitice congenitale. La sugarii care prezintă o gravă infecție generală poate surveni o colecistită (și abcese hepatice) provocate de stafilococi sau de *Esch. coli*.

Unele forme foarte acute pun problema formei flegmonoase sau a hidropsului acut al veziculei biliare.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul se va orienta în funcţie de boala provocatoare sau de asocieri.

La adolescenţii care suferă de colecistită şi duodenită sînt indicate:

— în mod temporar regimul alimentar expus la hepatita cronică, dar relativ sărac în fibre şi în acizi (ca la boala ulceroasă);

— tratamentul medicamentos, după principiile cunoscute de la adulţi.

TRATAMENTUL PARAZITOZELOR INTESTINALE

Principii generale. Instituirea tratamentului presupune un diagnostic parazitologic corect; în majoritatea cazurilor, prezenţa formelor adulte, ouălor, chisturilor impune tratament, dar sînt şi excepţii.

Simpla decelare a unor protozoare *(Giardia)* nematode *(Tricocephalus)*, cestode *(Dipylidium)* nu este suficientă pentru demonstrarea acţiunii patogene a acestora, iar hipotrofia ponderală, anorexia, durerile abdominale pe care le prezintă unii copii nu trebuie atribuite în mod obligatoriu prezenţei acestor paraziţi.

Nu vom neglija nici posibilitatea ca bolnavul să fie infestat cu alţi paraziţi decît cei obişnuiţi pînă de curînd în ţara noastră şi ne vom interesa dacă familia a locuit în ultimii ani într-o climă caldă, unde sînt frecvente şi alte parazitoze.

Tratamentul va fi aplicat fără întîrziere în infestaţiile cu *Tenia solium* (pericol de cisticercoză), ascarizi (riscul ocluziei, accidente prin eratism etc), *Strongyloides* (toxinele pot determina tulburări grave).

Trebuie tratate, indiferent de densitatea infestaţiei, cazurile parazitate cu paraziţi din genul *Hymenolepis* şi *Oxyurus* (se înmulţesc în organism).

Trebuie de asemenea cît de curînd tratate, deşi ouăle paraziţilor nu sînt infectante pentru familie sau colectivitate, cazurile parazitate cu *Tenia saginata* şi botriocefal.

Tricocefalii au o acţiune patogenă discutabilă, nu se înmulţesc în organism şi nu se transmit prin contact direct.

Ca principiu general nu vom trata o parazitoză în timpul unei boli acute sau în zilele care urmează vaccinării antipoliomielitice pe cale orală; de asemenea nu vom administra în zilele respective alte medicamente (cu excepţia vitaminelor).

Tratamentul va fi precedat de:

— anamneză, pentru depistarea afecţiunilor digestive, hepatice, renale, cardiace, nervoase, starea actuală a tubului digestiv şi care ar contraindica unele medicamente sau ar impune unele precauţii. De asemenea trebuie aflat dacă bolnavul a mai fost tratat pentru o parazitoză (medicamentele, data, incidente, accidente, eficienţa terapeutică-clinică, parazitologică);

— examen clinic general;

— anumite examene de laborator impuse de medicamentul care ar urma să fie prescris (examenul sumar al urinii aproape totdeauna, uneori probe de disproteinemie etc.)

La copii poliinfectaţi, se va trata prima infestarea cu ascarizi. În absenţa acestora, se va ţine seama de patogenitate, de posibilitatea administrării

Scanned with OKEN Scanner

medicamentelor cu spectru larg, necesitatea (re)încadrării copilului într-o colectivitate. Se va alege acel medicament pentru parazitoza respectivă, care — în cazul bolnavului — presupune maximum de eficacitate (sau o eficacitate acceptabilă), dar cu un minimum de efecte secundare previzibile. Doza va fi în concordanţă cu vîrsta reală, greutate etc. şi mai puţin cu cea calendaristică.

Administrarea medicamentului va fi precizată familiei amănunţit şi în scris, conform instrucţiunilor din această lucrare şi din lucrările citate, menţionîndu-se şi măsurile suplimentare necesare. În ceea ce priveşte toleranţa , familia va fi avizată asupra eventualelor efecte secundare şi asupra măsurilor care ar urma. Materiile fecale vor fi analizate în continuare (pentru unii paraziţi), pentru a aprecia eficacitatea tratamentului; ele vor fi în orice caz inactivate.

Eficienţa tratamentului este convingătoare, în cazul cestodelor mari, prin eliminarea integrală a parazitului (cu scolex).

Pentru ceilalţi paraziţi, vindecarea poate fi certificată numai de împlinirea unor criterii clinice, hematologice, parazitologice, proba timpului.

În ceea ce priveşte examenul materiilor fecale pentru ouă de paraziţi sau chisturi, sînt necesare minimum trei controale efectuate de obicei la 7—10 zile interval.

Privitor la comportarea faţă de membrii familiei sau faţă de colectivitatea de copii, vom reţine că cei infestaţi cu *Giardia*, oxiuri, *Hymenolepis* şi *Strongyloides* sînt şi mai contaminanţi în timpul tratamentului.

TRATAMENTUL GIARDIOZEI

Nu există o corelaţie strînsă între prezenţa protozoarului în lichidul provenit din tubajul duodenal şi/sau a chisturilor în materiile fecale (30—90% simpli purtători) şi simptomele clinice descrise în giardioză.

Tratamentul este obligatoriu la orice copil la care se decelează *Giardia* şi care prezintă o simptomatologie la care au fost excluse pentru moment alte etiologii; dispariţia consecutivă a simptomatologiei pledează convingător pentru rolul patogen al *Giardiei* la copilul respectiv.

Medicul rămîne să hotărască necesitatea tratamentului la copiii cărora li se descoperă *Giardia* la un examen de control şi care sînt sănătoşi în rest.

Sînt necesare trei examene de materii fecale pentru chisturi din cauza perioadelor negative, cînd formele vegetative nu se închistează şi un tubaj duodenal pentru a infirma infestaţia cu *Giardia* sau a confirma vindecarea.

Metronidazolul este medicamentul de elecţie. Eficacitatea sa este de numai aproximativ 80%, dar efectele secundare sînt foarte rare.

Mepacrina are o eficacitate de peste 90%, dar prezintă contraindicaţii, iar efectele secundare sînt mai frecvente (unele din ele pot fi grave).

Asocierea Metronidazolului sau a Mepacrinei cu Stamicin pare să sporească procentul de vindecări; se susţine că unii fungi (*Candida, Saccharomyces)* ar favoriza dezvoltarea *Giardiei*.

Vor urma acelaşi tratament şi membrii familiei, la care s-a decelat *Giardia* în materiile fecale.

Scanned with OKEN Scanner

Profilaxie. Măsuri împotriva rezervorului de infecţie: membrii familiei copiii din colectivitate.

Măsuri îndreptate împotriva modului de răspîndire a bolii: closete igienice, inactivarea dejecţiilor, alimente ferite de contaminare, desmuştizare, măsuri de igienă în colectivităţile de copii.

Măsuri de protecţie a populaţiei receptive: spălarea mîinilor înainte de masă, spălarea fructelor şi a legumelor consumate crude cu un curent de apă şi ţinerea lor cîteva secunde în apă clocotită etc.

TRATAMENTUL TENIAZELOR

Cestodele mari (Tenia saginata, Tenia solium, botriocefalul).

În ordinea frecvenţei se observă infestaţia cu T. *saginata, T. solium,* botriocefal; ele sînt mai rar întîlnite la copii sub 3 ani.

Diagnosticul de teniază cu *T. solium şi T. saginata* se pune pe examenul macroscopic al proglotelor eliminate (de obicei, proglotele de *T. saginata* se elimină şi între defecări, iar cele de *T. solium* numai o dată cu defecarea).

Examenul coprologic negativ nu infirmă diagnosticul (cînd uterul este închis, ouăle nu se elimină). Diagnosticul de certitudine pentru specie se face numai în prezenţa scolexului, după forma proglotelor sau după dimensiunile şi numărul ramificaţiilor uterine; forma şi dimensiunea oului permit numai un diagnostic de probabilitate.

În cazul botriocefalozei, un examen coprologic (metodă directă) este suficient pentru stabilirea diagnosticului: orificiul uterului este deschis şi se elimină în permanenţă o cantitate mare de ouă. La intervale mari, de 3—6 săptămîni, se elimină şi porţiuni de strobilă. Eozinofilia este importantă în toate teniazele.

Tratamentul este identic pentru cestodele mari.

Niclosamid reprezintă astăzi tratamentul de elecţie, deşi eficacitatea sa nu întrece 60%. Administrarea drogului este însă extrem de simplă, iar efectele secundare pot fi considerate nule.

Mepacrina este puţin folosită.

Sămînţa de dovleac nu are contraindicaţii. Se întrebuinţează sub formă de decoct, deoarece sub această formă este mai uşor de ingerat şi mai eficace decît pasta. Preparare: sămînţa de dovleac (turcesc) proaspătă, decorticată, se mărunţeşte de cîteva ori prin maşina de tocat carne. I se adaugă apă , o dată şi jumătate cît sămînţa şi se fierbe la foc potrivit în baie marină două ore, pînă ce rămîne ca un terci, care se strecoară cald prin tifon dublu. Se opreşte lichidul, se lasă să se răcească şi se înlătură stratul de grăsime de la suprafaţă. Se administrează în primele 24 ore de la preparare.

Cantitatea de sămînţă va fi calculată astfel: între 1 şi 3 ani, 100—200 g; între 4 şi 7 ani, 200—300 g; între 8—10 ani, 300—350 g; între 10—15 ani 400 g.

Bolnavul va fi pregătit cu un regim lichid în preziua tratamentului şi un purgativ salin în seara din ajunul tratamentului; va bea cantitatea de decoct (gust relativ neplăcut) dimineaţa pe nemîncate, în decurs de o oră. Pentru a se evita greaţa şi vărsăturile, decoctul poate fi aromatizat cu cîteva picături de esenţă de portocale. Copilul va fi ţinut în pat şi i se va distrage atenţia. După o oră poate mînca şi după 3 ore i se administrează al doilea purgativ salin. Tratamentul va fi amînat în cazul existenţei unei afecţiuni acute gastrointestinale concomitente.

Eficienţa metodei este de 30—40%, dar cura poate fi repetată.

Cestodul eliminat va fi inactivat prin fierbere. În cazul *T. solium,* datorită pericolului de cisticercoză, parazitul va fi manipulat cu atenţie şi se vor fierbe toate ustensilele întrebuinţate.

După tratamentul teniilor mari, considerăm bolnavul vindecat numai dacă parazitul s-a eliminat cu scolex. În caz contrar, rechemăm bolnavul

dacă mai elimină proglote (deoarece scolexul s-a putut pierde la decantare sau se poate macera ulterior).

În cazul botriocefalozei, dacă parazitul s-a eliminat fără scolex, vom verifica rezultatul printr-un examen coprologic efectuat după 1—2 luni (botriocefalul elimină permanent multe ouă).

Profilaxie. Măsuri îndreptate împotriva rezervorului de infecție: depistarea și tratarea cît mai corectă a bolnavilor, așa cum s-a arătat.

Măsuri îndreptate împotriva modului de răspîndire a bolii: interzicerea tăierii clandestine a animalelor respective, controlul corect la abator al animalelor sacrificate.

Măsuri de protecție a populației receptive: se va consuma carne controlată, care va fi bine fiartă sau friptă.

Cestodele mici (Hymenolepis nana)

Himenolepidoza este mai frecventă în colectivități de copii preșcolari și la copii peste 7 ani.

Diagnosticul se pune pe baza examenului coprologic (metoda de elecție Willis-Hung).

Mulțimea substanțelor recomandate în tratamentul ei arată că nici una nu are o eficiență ridicată. Din cauza biologiei parazitului, durata tratamentului este mare, fiind necesare cîteva cicluri de tratament. Se utilizează:

Niclosamid (după schema de la p 425.).

Mepacrin: 3 cicluri de tratament de 1 zi, la 10—14 zile interval pe sonda duodenală sau pe gură; în acest ultim caz, purgativul va fi administrat la 1/2 oră după ultima priză de medicament.

Pentru a mări eficiența tratamentului se pot prescrie tratamente combinate sau sămînță de dovleac (V. Nitzulescu. Parazitologie clinică).

Eficacitatea tuturor substanțelor întrebuințate în tratamentul himenolepidozei este mică, vindecarea obținîndu-se după tratamente repetate. Controlul se va face la minimum 20 zile de la ultimul ciclu de tratament. Exemplarele eliminate se inactivează prin fierbere.

Parazitul se transmite prin contact direct, de aceea se vor face controale și celorlalți membri ai familiei.

La profilaxie se va ține seama și de măsurile care decurg din posibilitatea contaminării directe.

TRATAMENTUL OXIURAZEI (ENTEROBIOZEI)

Oxyurus vermicularis este parazitul întîlnit cel mai frecvent la vîrsta copilăriei. Deoarece femela depune ouă în pliurile anale, diagnosticul de oxiurază prin examenul coprologic se poate pune numai incidental.

Diagnosticul este sugerat de semnele clinice (prurit nazal și anal exacerbat vesperal) și este confirmat de decelarea oxiurilor în cutele și în jurul orificiului anal.

Tratamentul de elecție este *pamoatul de pirviniu*, dar rezultatele la distanță sînt inegale.

Scanned with OKEN Scanner

Deși mai lung, rezultate bune se obțin prin tratamentul cu *piperazină*, sub formă de hidrat (Nematocton soluție) sau adipat (Nematocton comprimate).

Violetul de gențiană este un tratament depășit.

Indiferent de medicamentul utilizat, în timpul tratamentului și în cursul pauzei se recomandă un complex de măsuri igienice de egală importanță cu tratamentul medicamentos. Astfel, dimineața, seara și după defecare se spală regiunea perianală cu apă și săpun, apoi se unge cu un strat subțire de unguent mercurial alb sau galben sau de unguent oftalmic 2%, pentru a împiedica evoluția ouălelor de oxiuri depuse pe perineu și a evita reinfestarea. Clismele cu soluție de bicarbonat de sodiu 2—4%, apă sărată sau usturoi pot fi recomandate dacă pot fi îndeplinite condiții de perfectă igienă.

Rufăria de corp și de pat trebuie fiartă și chiloții vor fi schimbați zilnic. Unghiile vor fi tăiate scurt; se va controla riguros spălarea mîinilor înainte a fiecărei mese și după defecare.

Același tratament va fi aplicat concomitent celorlalți membri ai familiei.

Copiilor suferinzi de oxiurază li se permite frecventarea colectivității de copii, după tratament.

Profilaxie. Depistarea și tratarea bolnavilor ca și a celorlalți membri ai familiei.

Împiedicarea transmiterii de ouă se realizează prin măsuri de profilaxie socială și de profilaxie individuală. O deosebită grijă se impune în colectivitățile de copii.

TRATAMENTUL ASCARIDIOZEI

Parazitoză des întîlnită în special în mediul rural. Diagnosticul se pune pe baza examenului coprologic (metoda de elecție Willis-Hung).

În unele cazuri, deși există ascarizi în organism, examenul coprologic poate fi negativ, datorită: numărului mic de viermi, parazitării cu ascarizi masculi sau încă nematuri sau întreruperii temporare a pontei (de exemplu, după hexilrezorcină). De aceea se va repeta examenul coprologic de 3 ori, la 2—3 zile interval. Uneori, mai ales la vîrstele mari, organismul elimină spontan singurul ascarid cu care a fost infestat. De aceea, deși bolnavul afirmă că a eliminat parazitul, administrăm tratamentul după efectuarea a trei controale coprologice (făcute la 5—15 zile după eliminare).

Tratamentul de elecție este *piperazina* sub formă de hidrat sau de adipat (Nematocton, sirop sau comprimate). Controlul după tratament se face la 14 zile. Eficacitatea este foarte mare (90—95%). Se pare că există fenomene de rezistență sau obișnuință la piperazină.

Hexilrezorcina are o eficacitate redusă; de aceea utilizarea sa este restrînsă. Controlul după tratament se face la 14 zile.

Materiile fecale și ascarizii eliminați în urma tratamentului se inactivează prin opărire (apă clocotită turnată peste vasul de noapte, se acoperă și se ține astfel 30 de minute sau prin amestec cu var nestins, două părți materii fecale și o parte var).

Copiii infectați cu ascarizi pot frecventa colectivitatea de copii, deoarece ouăle nu sînt infestante.

Scanned with OKEN Scanner

Profilaxie. În afara dehelmintizării materiilor fecale și a apelor pentru irigație, care pun și dificile probleme de igienă generală, se va veghea asupra măsurilor individuale de profilaxie (closete igienice, igiena mîinilor, spălarea fructelor și legumelor care sînt consumate crude cu un curent de apă și ținute cîteva secunde în apă clocotită, dezmuștizare etc.).

TRATAMENTUL TRICOCEFALOZEI

Infestarea cu tricocefali este relativ frecventă, mai ales la vîrsta școlară și în mediul urban. Acești viermi se găsesc de obicei în număr mai redus, de aceea infestarea este asimptomatică sau determină rar tulburări clinice discrete. Din cauza acestor motive, un examen coprologic pozitiv nu impune aplicarea tratamentului. Acesta va fi întreprins în următoarele cazuri:

— cînd pe preparat sînt mai multe decît 5 ouă;

— cînd tulburările clinice acuzate de bolnav sînt cele descrise în tricocefaloză și nu sînt justificate de altă etiologie;

— cînd există o boală alergică în etiopatogenia căreia ar putea interveni tricocefalii.

Diagnosticul se pune pe examen coprologic, metoda de elecție Willis-Hung. Din motivul arătat, orice buletin de analiză pe care se semnalează ouă de tricocefal trebuie să fie însoțit de aprecierea cantitativă a acestora (numărul pe cîmp sau pe lamă).

Tratamentul se poate face cu: *ditiazanină*, metoda de elecție, *timol* sau *hexilrezorcină*.

În tricocefaloză nu este necesară continuarea tratamentului pînă la negativare. Este suficientă diminuarea numărului de ouă pînă la un prag de 5 ouă pe lamă, cînd se consideră că tricocefalii nu mai pot produce tulburări.

Controlul eficacității tratamentului se face la 10 zile interval. După tratamentul cu ditiazanină, primul control se face după 20 zile (întrerupere temporară a pontei).

În timpul tratamentului se inactivează materiile fecale prin opărire sau cu var nestins.

Copiii infestați cu tricocefali pot frecventa colectivitatea de copii.

TRATAMENTUL STRONGILOIDOZEI

Strongiloidoza este o boală rară la copii.

Diagnosticul se pune pe baza examenului coprologic (rezultatele cele mai bune sînt obținute prin metoda Baermann) și pe examenul proaspăt direct și/sau centrifugat al bilei. Eozinofilia este importantă.

Tratamentul de elecție este ditiazanina.

Violetul de gențiană este de asemenea utilizat.

Controlul eficienței tratamentului se face prin examene repetate ale bilei și materiilor fecale.

Toate materialele (sonde, vas de noapte etc.) cu care a venit în contact bolnavul de strongiloidoză se sterilizează prin fierbere (parazitul are poartă de intrare atît digestivă, cît și cutanată). Materiile fecale eliminate în cursul tratamentului vor fi manipulate și inactivate cu grijă.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL RAHITISMULUI COMUN, CARENȚIAL

Etiologie. Fără a fi singurul factor, *carența vitaminei D domină etiologia rahitismului.*

Vitamina D există sub două forme principale: Vitamina D_2 de origine exogenă, naturală sau sintetică și Vitamina D_3 naturală, sintetizată în pielea omului și animalelor sub acțiunea razelor ultraviolete (precursorul fiind 7-dehidrocolesterolul). Alimentația aduce sugarului și copilului foarte puțină vitamină D și deci nevoile fiziologice ale sugarului (400—800 u./zi, în mod practic se consideră 1 000 u./zi) nu pot fi satisfăcute prin alimentele naturale. Copiii care nu pot fi expuși suficient la soare (ceea ce este cazul pentru marea majoritate a sugarilor) se îmbolnăvesc de rahitism.

Hipovitaminoza D provoacă leziuni osoase prin trei procese:

— prin demineralizare (a);

— scade absorbția intestinală a calciului (b);

— aceasta antrenează o scădere a absorbției fosfaților (c), datorită formării fosfaților de calciu insolubili (ceea ce se poate exterioriza prin hipofosfatemie). În orice caz, produsul $Ca \times PO_4$ al plasmei scade și mineralizarea osului este perturbată.

În această situație, glandele paratiroide pot reacționa sau nu. Dacă reacția lipsește, rahitismul îmbracă o formă ușoară. Dacă însă hipocalcemia reușește să provoace un răspuns al glandelor paratiroide, se produce un rahitism mai sever.

Paratiroidele tind să ridice calcemia, dar numai printr-o hiperosteoliză, care accentuează demineralizarea inițială. Hiperfosfaturia provocată de același proces va determina sau accentua hipofosfatemia, de unde va rezulta o nouă diminuare a produsului $Ca \times PO_4$ plasmatic.

Greutatea la naștere este un factor important; *prematurii* și *gemenii* sînt cei mai expuși.

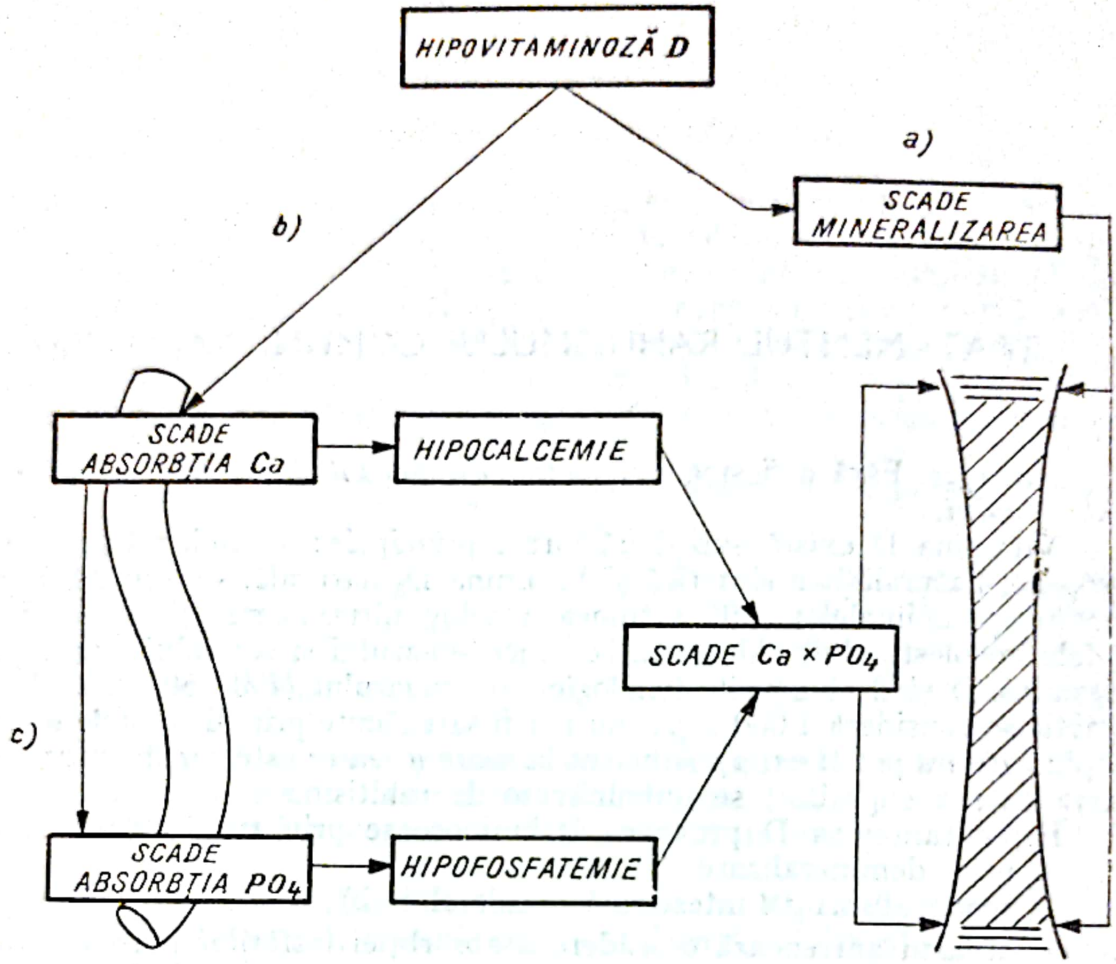
Sexul. Băieții fac rahitism mai lesne decît fetele.

Vîrsta. Rahitismul este *o boală a creșterii*, deci copiii din primul an (cînd creșterea este mai activă) sînt cei mai expuși; leziuni evolutive pot continua să apară și în al doilea an (chiar și la 3—4 ani).

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 9

Mecanismul leziunilor osoase în rahitism
(modificat după Paupe)



Alimentația. Alimentația la sîn nu ferește de rahitism; prematurii au nevoie de mai mult calciu decît le aduce laptele de femeie. Alimentația artificială incorectă agravează complex (în tubul digestiv și în procesele de metabolism) avitaminoza D.

Anotimpul. Vara este favorabilă numai dacă copiii dezbrăcați fac cură de soare (chiar la umbră, copilul dezbrăcat primește 30% din razele ultraviolete existente în acel moment). Razele ultraviolete nu pătrund în camere ale căror ferestre sînt închise.

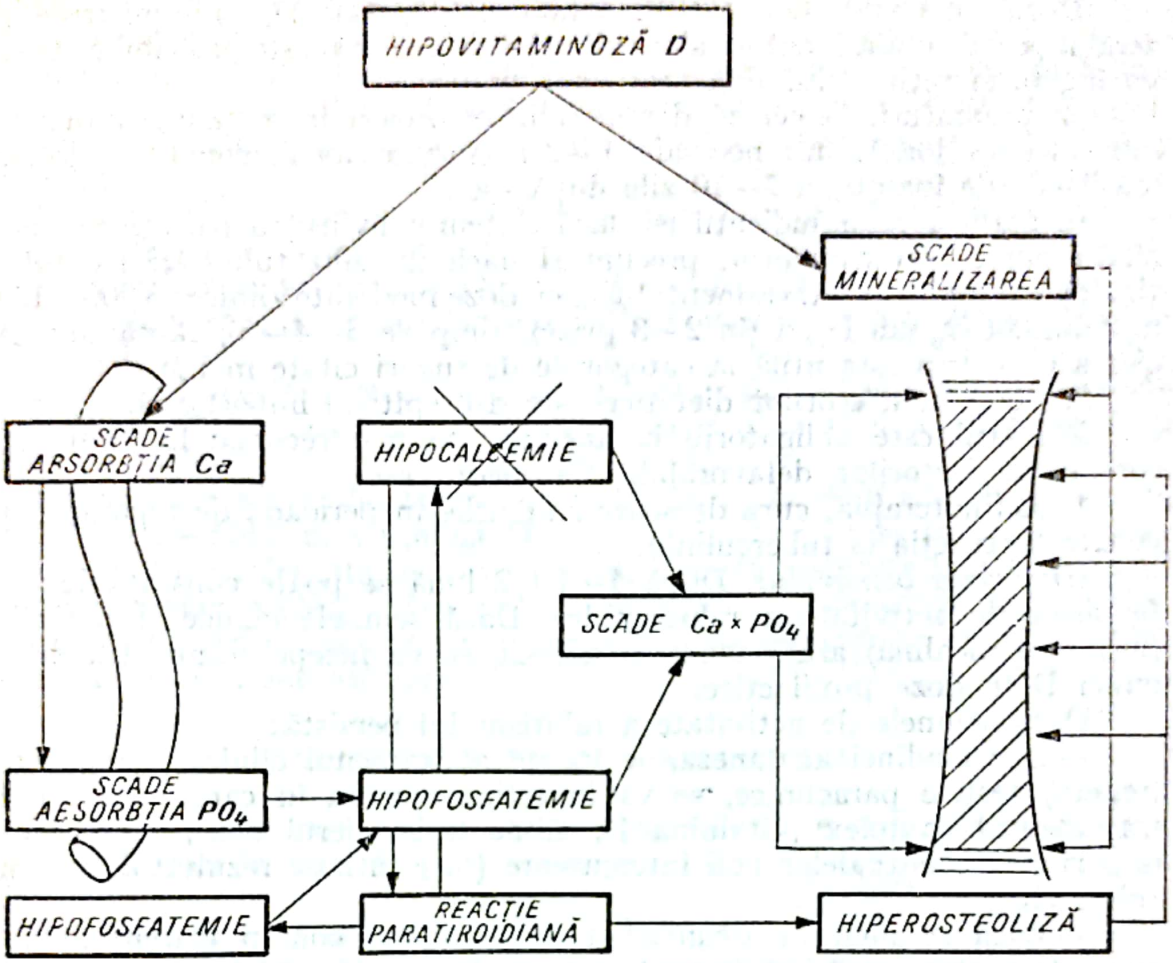
Factorii individuali. Unii copii fac mai lesne rahitism decît alții, toate celelalte condiții fiind similare.

Factori favorizanți. Factorii geografici, locuința, mediul familial, îngrijirea etc., lipsa de soare (și temperatura mai joasă, care permite rar dezbrăcarea sugarului) din regiunile de munte constituie pentru unii sugari factori favorizanți; tot așa atmosfera încărcată cu pulberi a zonelor industriale diminuează radiațiile ultraviolete. Dar adevărații factori favorizanți sînt reprezentați în cea mai mare măsură de lipsa (sau insuficiența) complexului de îngrijiri igienice (locuință, program de viață, alimentație, vitaminizare etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 10

Participarea glandelor paratiroide în rahitism
(modificat după Paupe)



În rare cazuri, rahitismul mai recunoaște și alte cauze: celiachie, steatoree, mucoviscidoză.

Diagnosticul este foarte simplu. Nu se va face eroarea de a considera rahitism activ doar schelele unui rahitism tratat și vindecat.

Rahitismul poate fi numai asociat cu unele boli rare (hipotiroidie, encefalopatii); majoritatea trăsăturilor clinice ale bolnavului aparțin de fapt bolii de bază.

Pentru diagnostic sînt foarte des suficiente:

— anamneza (se va insista — în afara factorilor etiologici citați — asupra vitaminei D primite de copil: forma, cantitatea, în ce epocă?);

— examenul clinic complet (se va acorda importanță craniotabesului la sugarii sub 6—8 luni, stării aparatului respirator și funcțiilor digestive, anemiei, hipotoniei musculare, semnului Chvostek sub 3 ani, dezvoltării psihomotorii). Din examenele paraclinice nu va lipsi hemograma (hemoglobina).

În unele situații sînt necesare teste umorale (fosfataze alcaline, calcemie și fosfatemie);

— calciurie (reacția Sulkowitch permite pînă la un anumit punct o apreciere de moment a metabolismului calcic);

— radiografii ale scheletului (modificări caracteristice la metafizele oaselor lungi și accesorii, întîrzierea de maturație a unor nuclei de osificare).

Tratament. 1. *Vitamina D* constituie baza tratamentului, dar nu este singura terapeutică.

Scanned with OKEN Scanner

Şocul cu vitamină D_3 sau D_2 este indicat în rahitismul florid sau cînd diagnosticul este pus la sugarul consultat cu prilejul unei infecţii intercurente (pneumonopatii acute, tuse convulsivă etc.).

Doza: 400 000—600 000 u. vitamină D_3 sau D_2, administrate preferabil pe cale orală (dacă nu sînt tulburări digestive şi este probabil că sugarul va ingera şi reţine vitamina D).

La prematuri, la cei cu demineralizare osoasă importantă (radiografic) sau calcemie joasă, sînt necesare 1—2 g clorură sau gluconat de calciu/zi (cu 2—3 zile înainte şi 7—10 zile după şoc).

În afara acestor indicaţii (şi dacă sîntem convinşi că părinţii vor administra zilnic medicamentul, precum şi dacă nu sînt tulburări gastrointestinale) este preferabil tratamentul *p.o.* cu doze moderate zilnice: 5 000—15 000 u. vitamină D_3 sau D_2/zi (în 2—3 prize), timp de 3—4—(6) săptămîni. Asocierea cu calciu este utilă la categoriile de sugari citate mai sus.

2. Corectarea erorilor dietetice este deosebit de importantă.

3. Fierul este obligatoriu la anemici; se mai recomandă vitamină C, corectarea factorilor defavorabili din mediu etc.

4. Actinoterapia, cura de soare sînt utile în perioada de reparaţie (precedate de reacţia la tuberculină).

Urmărirea bolnavului. După 1—1 1/2 lună se poate constata involuţia semnelor de activitate a rahitismului. Dacă semnele clinice şi paraclinice (fosfataza alcalină) arată vindecarea bolii, se va începe administrarea vitaminei D în doze profilactice.

Dacă semnele de activitate a rahitismului persistă:

— se va adînci anamneza, se va relua examenul clinic, se vor cerceta (repeta) testele paraclinice, se va investiga măsura în care a fost aplicat tratamentul complex (vitamina D, alimentaţia, fierul etc.), se va evalua importanţa eventualelor boli intercurente (care întîrzie rezultatul tratamentului) etc.;

— dacă se menţine diagnosticul de rahitism comun (carenţial) activ, se poate repeta şocul sau se poate recurge la o nouă cură cu doze moderate. Aceasta a doua cură trebuie să producă vindecarea rahitismului carenţial.

De aici înainte se pune şi problema hipervitaminozei D.

Tratamentul ortopedic al deformărilor rahitice de la membrele inferioare impune consult cu medicul specialist ortoped.

Profilaxie. 1. Este necesară o alimentaţie echilibrată în lapte, iaurt, brînzeturi, ouă, legume şi fructe a femeii gravide şi care alăptează (cu un aport calcic de 3—4 g/zi); aportul vitaminei D nu pare util.

2. Sugarul (copilul) va fi expus dezbrăcat la lumina directă (soare, umbră); se vor lua toate măsurile de îmbunătăţire a microclimatului şi de călire a organismului.

3. Alimentaţia optimă a sugarului (copilului), în funcţie de particularităţile respective, este importantă.

4. *Aportul de vitamină D este obligatoriu tot anul*, afară de perioada cînd copilul face cura de soare.

Nu există acord asupra metodei optime de profilaxie cu vitamina D; nici nu se poate recomanda o schemă rigidă, valabilă pentru orice sugar (vezi factorii etiologici).

Scanned with OKEN Scanner

a) Teoretic, aportul zilnic de vitamină D este metoda optimă. Este indicat la sugarii urmăriți periodic de medic și a căror familie aplică disciplinat sfaturile medicului.

Doza: 1 000—1 500—(2 000) u./zi vitamină D_3 (sau D_2), într-o priză, între două prînzuri.

b) Metoda șocului unic sau rar repetat trebuie aplicată cînd nu avem siguranța că familia administrează regulat produsul, dacă sugarul regurgitează frecvent, varsă sau are diaree. Metoda dă rezultate bune, deși nu este fiziologică.

Durata acțiunii unei anumite doze de șoc nu este fixă pentru toți sugarii și ei trebuie urmăriți regulat.

În principiu se va administra pe gură (sau *i.m.*) vitamina D_2 sau D_3 cîte 400 000 u. la fiecare 3—4 luni sau cîte 200 000 u. la fiecare 1—2 luni, la copii de 1—18 luni.

Insuccesul acestei metode se datorește de multe ori și erorii de a considera rahitismul doar ca o hipovitaminoză D și de a neglija rolul celorlalți factori etiologici.

Profilaxia rahitismului la prematuri. De la vîrsta de 8 zile, se va recomanda 2 000—2 500 u. vitamină D_3/zi; se pot recomanda șocuri cînd sînt premise de bună toleranță digestivă sau de corectă resorbție locală (în cazul injecțiilor intramusculare). Este necesar un supliment de calciu (0,50 g gluconat de calciu *p.o.*/zi) și este bine să se recurgă la alimentația mixtă cu lapte praf semismîntînit sau *babeurre*.

RAHITISMELE VITAMINOREZISTENTE

Sînt boli foarte rare, în a căror anamneză lipsește noțiunea de carența vitaminei D sau la care se poate descoperi uneori o origine digestivă sau renală.

O clasificare a lor ar putea cuprinde 3 grupe:

I. Rahitismele de origine digestivă, excepționale, discutabile.

II. Rahitismele renale (diverse etiologii sau asocieri morbide).

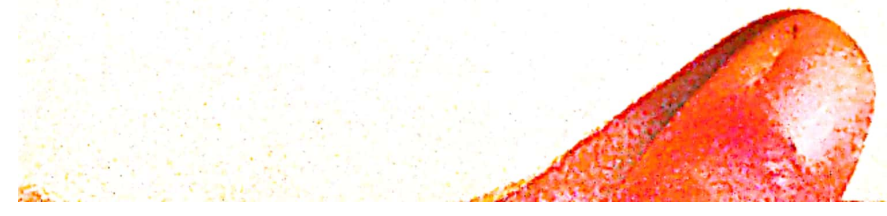
III. Rahitismele vitaminorezistente „idiopatice". În prezent se descriu patru tipuri, care diferă prin anumite particularități biochimice, radiologice etc.[1].

TRATAMENTUL TETANIEI RAHITOGENE

Expresia clinică a acestui sindrom este foarte polimorfă și variază de la simpla hiperexcitabilitate neuromusculară cu mici secuse ale membrelor pînă la accese convulsive subintrante, laringospasm, moarte subită.

Diagnostic. Anamneza și examenul clinic sînt evidente pentru diagnosticul de rahitism activ netratat sau insuficient tratat. Tetania devine de multe ori manifestă, datorită unei

[1] Deși fiziopatologia acestor rahitisme vitaminorezistente este neclară, unele pot fi influențate favorabil printr-o terapeutică bazată pe identificarea tipului clinic. Aceasta impune internarea și studiul îndelungat al acestor bolnavi în clinică.



Scanned with OKEN Scanner

boli intercurente. Semnele Chvostek, Trousseau și Lust sînt patognomonice la copii sub 3 ani, dar nu sînt constante.

Teste paraclinice: calcemia joasă este caracteristică, iar ECG este sugestivă.

Tratament. 1. Șoc imediat de vitamină D_3 sau D_2, cu 600 000 u. *p.o.* sau *i.m.*

2. Laptele va fi interzis (acțiune tetanigenă) 1—3 zile și înlocuit cu fierturi de făinoase. Se va introduce după aceea, progresiv, laptele acidulat cu acid citric (zeamă de lămîie); se va evita excesul de lapte, iar alimentația va fi diversificată la timp cu legume, fructe și gălbenuș de ou.

3. Se va administra imediat, i.v. lent, gluconat de calciu 10% (0,10—0,15 g gluconat de calciu/kg = 1—1,5 ml/kg) sau, mai puțin eficace, clorură de calciu *p.o.* după formula: *Rp.* Sol. clorură de calciu crist. 30 g/250 g, *Liq. amonii anis* 3 g, Gumă arabică 2 g, Sirop simplu *ad* 300 g, M.D.S. int. 10 ml (= 1 g Cl_2Ca) × 4—6/24 ore.

4. Tratamentul convulsiilor.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL BOLILOR APARATULUI URINAR

TRATAMENTUL GLOMERULONEFRITEI ACUTE (NEFRITA ACUTĂ HEMORAGICĂ)

Este o boală relativ frecventă și reprezintă o reacție antigen-anticorp secundară (după 1—3 săptămîni) unor infecții. Ca și în cazul reumatismului Bouillaud, bolile premergătoare sînt de obicei infecții bacteriene ale *căilor respiratorii superioare* (angină pultacee, angină roșie, rinofaringită), unele otite sau scarlatina; rareori s-au constatat infecții cutanate (piodermită, ectimă, impetigo, erizipel) și excepțional infecții de focar (amigdale, sinusuri, dinți). O proporție de *90—95% din glomerulonefritele acute sînt urmarea infecțiilor provocate de streptococii hemolitici.*

Tratament. Bolnavul va fi internat în spital, cel puțin în faza acută. Convalescentul poate fi îngrijit la domiciliu, dacă este urmărit de medic, dacă familia respectă recomandările medicului și copilul este ferit de supra-infecții și oboseală.

La internare se vor practica: examenul sumar al urinii (urina proaspătă); dozarea albuminei (urina din 24 ore); dozarea ureei în sînge; hemograma; V.S.H.; identificarea germenilor din rinofaringe și/sau din supurația cutanată sau otică; titrul ASLO; controlul ritmului cardiac și tensiunii arteriale (ECG); examenul radiologic pulmonar; IDR la tuberculină; alte examene (electroliți serici), după forma clinică.

Eventual, consult cu medicul ORL și cu specialistul stomatolog.

În timpul internării se va urmări evoluția clinică: temperatura, ritmul cardiac, tensiunea arterială (zilnic în faza acută), greutatea (zilnic în faza acută și de 1—2 ori pe săptămînă în declinul bolii), urina (cantitatea în 24 ore, albumina, sedimentul), sîngele (V.S.H. săptămînal, ureea, titrul ASLO etc).

Nu există un tratament specific. Conduita terapeutică va fi bazată pe:

1. Fiziopatologia bolii: — cruțarea organismului (prin repaus la pat, regim alimentar, evitarea frigului); — înlăturarea infecției care a determinat nefrita.

2. Particularitățile cazului respectiv (deci tratamentul anumitor simptome).

Conduita terapeutică va consta din:

Izolare în saloane mici „curate" (cu alte nefropatii, reumatism, hemopatii etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Camera caldă (23—24°). Copilul va purta brîu de flanel și ciorapi lungi. Baie zilnică sau la 2—3 zile, de scurtă durată, la 34—35°.

Repausul la pat în poziție orizontală este obligatoriu în faza acută. După atenuarea semnelor acute se pot începe mișcări pasive și active, fricții și masaj ușor al membrelor. Cura de repaus va fi menținută în principiu pînă ce dispar simptomele clinice, iar albumina, sedimentul urinar (proba Addis) și V.S.H. sînt normale sau aproape de normal.

Regimul alimentar este prescris în funcție de gravitatea bolii și predominanța anumitor simptome.

În forma clasică a bolii (edeme moderate, oligurie importantă, hematurie macroscopică și cilindrurie, azotemie, hipertensiune), vom începe cu:

a) regim hidrozaharat strict, 2—3 zile, constînd din apă puțină și soluții concentrate de zahăr, fără alimente care conțin Na (NaCl), K și proteine. Cantitatea totală de lichide/24 ore va fi echivalentul cantității de urină din precedentele 24 ore și pierderile de apă prin plămîn, intestin și piele; totalul însumează de obicei 400—600 g/24 ore. Zahărul va însuma (5)—10—(12) g/kg/24 ore (glucoza în cantități corespunzătoare îndulcește mai puțin). Pentru corectarea gustului: tei, mentă pentru ceai, cîteva linguriță de zeamă de portocale și lămîie. Acest regim va fi repede modificat;

b) lichidele pot fi crescute pe măsură ce diureza este mai abundentă și scade greutatea. Acum se va prescrie pentru 2—3 zile regimul de fructe crude (compoturile sînt mai puțin diuretice): mere, pere, struguri, portocale etc.;

c) o dată cu normalizarea diurezei și cu amendarea celorlalte simptome (de obicei la 5—6 zile de la debutul tratamentului) putem introduce un regim cu polizaharide și anumite grăsimi, în care să predomine legumele și fructele: cartofi, morcovi și legume verzi proaspete, congelate sau în conserve dietetice; salată verde și sfeclă roșie cu ulei și oțet; fructe crude, coapte, uscate, congelate sau în compot; orez, pîine fără sare, caimac, ulei, frișcă, smîntînă, puțin unt, gălbenuș de ou. Sarea este încă interzisă. Acest regim va fi menținut aproximativ o săptămînă;

d) diureza bună, hematuria devenită microscopică, dispariția azotemiei și a hipertensiunii, scăderea importantă a V.S.H., impun acum (la aproximativ 2 săptămîni de la debutul tratamentului) introducerea proteinelor animale: brînză de vaci (50—100 g/zi) și/sau 250—400 ml lapte/zi (laptele conține aproximativ 600 mg Na/litru);

e) după încă 1 săptămînă se poate ajunge la o alimentație normală cu 2 g proteine/kg/zi, de astădată și cu puțină sare.

Antibiotice: penicilină 10 zile, pentru eradicarea infecției streptococice (vezi reumatismul). Dacă bolnavul este alergic la penicilină, eritromicină 10 zile. Pentru a evita reinfecțiile cu streptococi hemolitici, penicilina va fi continuată în tot timpul spitalizării (vezi profilaxia reumatismului).

Nu se vor administra sulfamide, nici streptomicină.

Intervențiile chirurgicale trebuie restrînse la cele absolut esențiale (paracenteză în otită).

Tratamente impuse de anumite simptome. 1. Cînd presiunea arterială este ridicată, cînd apar tulburări cardiovasculare (ureea sanguină fiind aproape normală), spasmul vascular poate provoca *encefalopatia hipertensivă* și *insuficiența cardiacă.*

Scanned with OKEN Scanner

Hipertensiunea arterială este înlăturată dacă presiunea minimă poate fi scăzută sub 90—100 mm Hg sau presiunea maximă sub 140—150 mm Hg (după vîrstă).

Hipertensiunea moderată și izolată este frecventă, dar totuși tranzitorie; se va recomanda repaus strict la pat, restrîngerea lichidelor și electroliților, sedarea cu o doză unică de 1—5 mg fenobarbital/kg.

Dacă hipertensiunea este importantă, se va administra reserpină (Hiposerpil) 0,02 mg—0,03 mg/kg/24 ore, repartizată în 3—4 prize. Dacă efectul întîrzie, se poate asocia apresolină (Hipopresol). Aceste hipotensoare au înlocuit în bună parte sulfatul de magneziu administrat i.m., care poate avea efecte toxice: deprimarea respirației (în doze mari), acțiune directă asupra miocardului, scăderea bruscă a tensiunii pînă la hipotensiune, iritație locală.

Dacă apar semne de encefalopatie hipertensivă, sînt indicate reserpina și apresolina pe cale parenterală. În lipsa acestora se va injecta i.m. sulfat de magneziu sol. 25%, 0,4 ml/kg, cu care se obține o relaxare a spasmului vascular în 1—2 ore; injecția poate fi eventual repetată după 4 ore, pentru a menține rezultatul obținut. Efectele toxice pot fi prevenite printr-o posologie corectă și urmărirea strictă a bolnavului; ele pot fi combătute prin administrarea i.v. de 5—10 ml din sol. 10% gluconat de calciu sau sol. 5% clorură de calciu. Oliguria impune o prudență extremă. Puncția lombară decompresivă are un bun efect asupra edemului cerebral.

Insuficiența cardiacă va fi energic combătută prin: repaus strict la pat, restricție de lichide și electroliți, Digoxină (de obicei 1—3 zile) și sedare, în asociere cu tratamentul hipertensiunii arteriale.

2. Cînd ureea sanguină este ridicată, oliguria este importantă, deși presiunea arterială este normală; boala tinde spre acidoză, *uremie și retenție de apă și săruri*.

Vom favoriza diureza prin apă, zahăr 100—150 g/zi sau glucoză (parenteral cînd vărsăturile împiedică hidratarea pe gură).

Sînt esențiale aici determinarea zilnică a greutății bolnavului, a lichidelor ingerate și excretate; poate fi necesară determinarea repetată a electroliților serici.

Cînd oliguria este evidentă (sub 300 ml/M²/24 ore), aportul de lichide va fi redus și va fi reprezentat în 24 ore printr-o cantitate egală cu volumul urinii din ziua precedentă, la care adăugăm echivalentul pierderilor extrarenale de apă (500 ml /M²/24 ore), iar în caz de febră încă 75 ml/M²/24 ore, pentru fiecare grad centigrad. Excesul de apă poate favoriza insuficiența cardiacă și edemul pulmonar.

Hiperkaliemia este favorizată și de sucul de citrice, care sînt bogate în potasiu; de aceea ele vor fi temporar interzise. Corecția hiperkaliemiei, hiperfosfatemiei, hipocalcemiei pot pune probleme delicate, care impun o rezolvare individuală.

3. Cînd presiunea arterială este ridicată, ureea crescută, oliguria evidentă și sînt semne de insuficiență cardiacă, există pericolul potențial al celor trei complicații majore: *insuficiență cardiacă, encefalopatie hipertensivă* și *uremie*. Presiunea va fi controlată de 3 ori pe zi și bolnavul va rămîne sub o supraveghere continuă.

Scanned with OKEN Scanner

Lichidele vor fi reduse, limitate la apă și glucoză, fără electroliți; vom folosi mai curînd reserpina și apresolina decît sulfatul de magneziu.

Vindecarea glomerulonefritei acute poate surveni și în două săptămîni la formele ușoare (glomerulonefrite în focar); formele medii se vindecă după aproximativ 2 1/2—3 luni: testul Addis se normalizează în 4—8 luni și V.S.H. după aproximativ 3 luni.

Prognosticul este aproape totdeauna excelent (spre deosebire de nefrita asociată cu purpura anafilactoidă) și vindecarea este definitivă. Recăderile sînt datorite de obicei suprainfecțiilor căilor respiratorii (antibioticele vor fi alese după caz).

Adenoamigdalectomia. Glomerulonefrita nu reprezintă în sine o indicație pentru adenoamigdalectomie, ea fiind aproape totdeauna urmarea unei infecții streptococice și nu a unei infecții de focar. Dacă operația este totuși indicată, va fi făcută după vindecarea nefritei, cînd V.S.H. și urina s-au normalizat; va fi precedată și urmată 2—3 zile de penicilină (sau eritromicină, dacă bolnavul este alergic la penicilină).

Profilaxie. Tratamentul corect și la timp al anginelor și infecțiilor streptococice previne glomerulonefrita acută; la acești bolnavi vom recomanda controlul urinii o dată pe săptămînă, timp de 3 săptămîni.

TRATAMENTUL GLOMERULONEFRITEI CRONICE

Debutul este de cele mai multe ori insidios, fără o cauză cunoscută. Foarte rar urmează nefritei acute; mai curînd succede sindromului nefrotic, purpurei anafilactoide, lupusului eritematos, periarteritei nodoase, amiloidozei.

Se vor urmări periodic funcțiile renale alterate. Copilul va fi ferit de infecții și de frig.

Bolnavului i se va recomanda o viață compatibilă cu starea sa, cît mai apropiată de normal; părinții vor fi sfătuiți să adopte o comportare calmă, pozitivă, care să atenueze restricțiile la care este supus bolnavul.

Cerințele nutriționale vor fi împlinite oferind minimul de proteine pentru vîrstă și greutate. Restricțiile de sare sînt limitate la perioadele nefrotice sau în prezența edemelor datorite insuficienței cardiace.

În fazele de hipertensiune acută se va administra *per os* reserpină, singură sau asociată cu apresolină.

Dacă hipertensiunea este permanentă, se poate încerca o cură cu hipotensive și saluretice (Nefrix, Ufrix).

Digitalizarea (lentă și cu doze moderate din cauza insuficienței renale) este indicată în caz de insuficiență cardiacă.

Anemia severă impune transfuzii cu un concentrat de eritrocite (5 ml/kg). Numai hipoproteinemia severă face necesară plasma. Acidoza, hipocalcemia, hipofosfatemia (osteodistrofie) pun probleme a căror rezolvare este individuală.

Dializa vasculară și homotransplantele modifică problema nefritelor cronice.

Scanned with OKEN Scanner

Profilaxia se bazează pe tratamentul corect și susținut, cu o lungă urmărire consecutivă a bolilor care pot determina o nefrită cronică. Este interzisă administrarea prelungită de fenacetină.

TRATAMENTUL SINDROMULUI NEFROTIC

Urmărirea îndelungată a unor serii importante de bolnavi, antibioticele, corticoizii și biopsia renală au produs în acest domeniu remanieri importante, care sînt departe de a se fi sfîrșit.

Modalitățile terapeutice sînt dependente de etiologia, tabloul clinic și evoluția sub tratament.

Sindromul nefrotic[1] este primitiv sau secundar. Sindromul nefrotic *primitiv*[2] este mai frecvent la copii decît cel *secundar*, apărînd:

— în cursul bolilor generale (purpură anafilactoidă, colagenoze);

— în cursul nefropatiilor a căror cauză este cunoscută (glomerulonefrita streptococică, nefrita interstițială cronică);

— prin cauze mecanice (obstrucția venelor renale etc.);

— prin cauze toxice sau hipersensibilitate (medicamente, vaccinuri, seruri);

— ereditar.

La copiii sub 18 luni, sindroamele nefrotice sînt aproape totdeauna ereditare sau familiale. Între 18 luni și 8 ani sînt frecvente cele primitive, pure[3] și corticosensibile. După vîrsta de 8 ani crește procentul sindroamelor primitive impure (cu alte caracteristici histologice) și al celor secundare.

Diagnosticul formei clinice (decisiv pentru linia terapeutică) are la bază ancheta etiologică, contextul clinic și probele paraclinice.

Examenul urinii: cantitatea/24 ore, dozarea albuminelor și lichidelor/24 ore, electroforeza proteinelor, sediment (calitativ și test Addis), cristale birefringente, culturi. Sînge: ASLO, proteine (totale și trasee electroforetice, V.S.H., reacții de floculare); lipide (totale și trasee electroforetice, colesterol); glucoproteine. Echilibru electrolitic (sînge, urină). Bilanț funcțional renal (ureea sanguină în paralel cu ureea urinară/24 ore, *clearance*-ul ureei și creatininei etc.). Presiunea arterială, fund de ochi. Investigații radiologice.

Biopsia renală contribuie la o mai justă stabilire a indicațiilor terapeutice (R. Salup, *Pediatria*, 1966, nr. 6).

Se va urmări evoluția bolii sub tratament:

— pe plan clinic (infecțiile intercurente și examenele cerute de acestea, curba ponderală, diureza, evoluția presiunii arteriale);

— pe plan biologic (proteinuria în urină/24 ore, bilanțul electrolitic, ureea sanguină și ureea din urina/24 ore, *clearance*-ul ureei și creatininei

---

[1] *Sindromul nefrotic* se caracterizează printr-o proteinurie masivă peste 3 g/litru, care antrenează scăderea proteinelor totale sanguine sub 60 g/litru, o hipoalbuminemie sub 30 g/litru, și o creștere a α_2-globulinelor la peste 15%; aproape totdeauna există și o hiperlipidemie.

[2] *Sindromul nefrotic primitiv* survine fără cauză aparentă și nu este întovărășit de semnele clinice și biologice care caracterizează entitățile nosologice care pot fi asociate cu un sindrom nefrotic (sindromul nefrotic *secundar*).

[3] Sindromul nefrotic este *pur* cînd nu este însoțit de hematurie microscopică, hipertensiune arterială sau insuficiență renală; în caz contrar este *impur*. În sindromul nefrotic primitiv pur, microscopul optic arată glomeruli intacți sau puțin lezați (leziuni glomerulare minime).

Scanned with OKEN Scanner

endogene, citologia și bacteriologia urinii, V.S.H., perturbările protido-lipidice etc.).

Terapeutica va urmări:

— dispariția edemelor și a perturbărilor biologice;

— prevenirea și combaterea infecțiilor;

— o igienă psihică favorabilă a familiei și a bolnavului față de această boală cronică întreținută de recăderi și a cărei evoluție este greu previzibilă;

— eventual și stăpînirea progresiunii leziunilor renale.

Internarea este obligatorie pentru precizarea diagnosticului și tratamentului.

Repausul la pat este obligatoriu atît timp cît sînt edeme.

Problema externării și reluarea școlarității va fi rezolvată individual.

Infecțiile respiratorii. Riscul infecțiilor din spital (mai ales cu stafilococi și bacili gramnegativi) este cu atît mai mare, cu cît boala este mai activă, cunoscîndu-se că infecțiile căilor respiratorii superioare produc o exacerbare a proteinuriei și a edemelor; de aceea, *izolarea* va fi adaptată momentului evolutiv. Se va administra antibioticul indicat imediat ce s-a produs un *contact* cu o anumită boală bacteriană; de asemenea, *tratamentul* infecțiilor bacteriene va fi instituit prompt la acești bolnavi și indicațiile pentru antibiotice sînt mai largi, *infecțiile intercurente fiind un pericol serios pentru copilul nefrotic.*

Rația alimentară trebuie să fie echilibrată, suficientă caloric și *hiposodată* vreme îndelungată. Va fi lipsită de sare atît timp cît sînt edeme.

În formele impure (nefrită-nefroză), dieta inițială va fi aceea din glomerulonefrita acută și va fi normalizată treptat pe măsura ameliorării clinice și biologice; bolnavul va primi cît mai curînd proteinele strict necesare (nevoile minime zilnice și echivalentul pierderilor prin urină).

Corticoterapia. Deși în patogeneza bolii și în mecanismul acțiunii steroizilor adrenocorticali persistă incertitudini, experiența de pînă acum ne impune să încercăm corticoterapia la orice copil cu nefroză, în afara celor care au o insuficiență renală importantă.

Cele mai bune perspective de succes sînt la sindromul nefrotic primitiv pur, cu leziuni glomerulare minime (care corespunde nefrozei lipoidice).

Instituirea precoce a tratamentului pare de asemenea un element favorabil; ea poate fi amînată pînă ce este stăpînită o eventuală infecție, corectat dezechilibrul sever electrolitic și redusă o hipertensiune importantă.

Posologia va fi importantă, așa cum arătăm mai jos.

Durata tratamentului va fi îndelungată și corespunde în general intervalului de timp care era altădată necesar pentru obținerea unei remisiuni la copii netratați cu preparate cortizonice; este probabil că această medicație suprimă mai curînd simptomele decît să vindece boala.

Există diverse scheme de tratament și pînă în prezent lipsește o justificare absolută a superiorității vreuneia din ele.

Rezultate bune și puține efecte secundare par să fie, cel puțin pînă în prezent, realizate cu schema de mai jos (ale cărei principii nu trebuie aplicate rigid în toate privințele).

Scanned with OKEN Scanner

Produsul utilizat este Prednisonul, care întruneşte cele mai multe avantaje şi minimum de efecte secundare.

Bolnavul va fi urmărit în tot timpul corticoterapiei, va primi concomitent clorură de potasiu, săruri de calciu şi 1 000 u. vitamină D/zi.

Este probabil că sînt utile şi 1—2 cure de cîte 28 zile (separate printr-o pauză de cel puţin 42 zile) de metandrostenolon (Naposim, Nerobol).

Cura de atac: timp de 21—28 zile se administrează Prednison 2 mg/kg/24 ore la copilul mic şi 1,5 mg/kg/24 ore la copilul mai mare (greutatea reală, fără edeme) sau 40—60 mg/kg/24 ore la copilul sub 3—4 ani şi 60—80 mg/kg/24 ore la copilul peste această vîrstă: doza zilei este împărţită în 4 prize egale, la 6 ore interval.

Diureza se instalează şi edemele se topesc după 7-14 zile sau mai tîrziu, proteinuria dispare consecutiv (sub 0,01—0,02 g în urina de 10—12 ore din timpul nopţii). V.S.H. scade, dar celelalte alterări biologice persistă.

Cura de întreţinere: lipseşte o unitate de vederi, mai ales în ceea ce priveşte posologia şi durata curei de întreţinere, chiar şi în ceea ce priveşte necesitatea ei. Este probabil că rezultate durabile sînt obţinute la un procent mai mare de bolnavi prin utilizarea tratamentului prelungit; unii recomandă un tratament intermitent „cu ferestre", alţii o posologie descrescîndă.

Dintre bolnavii cu sindrom nefrotic primitiv, 75—90% răspund favorabil la cura de atac; posologia iniţială va fi menţinută după aceea, dar administrată numai 3 zile consecutive pe săptămînă.

Cura intermitentă va fi continuată cel puţin 8—10 săptămîni dacă proteinuria rămîne absentă, V.S.H. scade pînă la normalizare şi se atenuează alterările protido-lipidice.

Doza va fi scăzută în ultimele săptămîni cu cîte 10 mg/zi pentru fiecare săptămînă.

Durata globală a tratamentului este de cel puţin 4—5 luni (6—12 luni pentru unii). Atît cura de şoc, cît şi cea de întreţinere sînt mai scurte cînd bolnavii au răspuns (proteinuria) mai repede şi complet; sînt mai lungi cînd ameliorarea se instalează mai lent.

Remisiunea este completă cînd au dispărut de cel puţin 1 an semnele biologice, inclusiv proteinuria şi hematuria microscopică, *clearance*-ul ureei este normal şi lipseşte hipertensiunea arterială (acestea se observă la aproximativ 40% din bolnavii care au răspuns iniţial la tratament).

Recăderea apare (40—50% din bolnavi) în cursul curei de întreţinere sau după oprirea tratamentului; ea poate fi provocată, favorizată sau fără legătură cu un episod infecţios (rinofaringian cel mai des). Dacă proteinuria persistă mai mult de 3 zile, se administrează din nou o cură de şoc pînă ce dispare proteinuria, după care se instituie din nou tratamentul intermitent.

O parte din aceşti bolnavi se vindecă durabil după 1—2—3 recăderi, la alţii se instalează din nefericire o corticodependenţă.

Rareori, accidentele corticoterapiei (redeşteptarea unei tuberculoze, ulcer duodenal, tulburări psihice) impun oprirea tratamentului.

În sfîrşit, în puţine cazuri nefroza este „rezistentă" la cortizon. Ultimele două eventualităţi impun chimioterapia imunodepresoare.

Scanned with OKEN Scanner

După G. Lagrue (*Revue du praticien*, 1967, nr. 13), evoluția sub corticoterapie a sindromului nefrotic primitiv cu leziuni glomerulare minime (nefroza lipoidică) ar putea fi astfel schematizată:

	% din cazuri
Remisiuni complete după un singur puseu	35—40
Remisiuni complete după mai multe puseuri	20—30
Forme corticointolerante	3—5
Forme corticodependente	20—25
Forme corticorezistente	10—20

Particularități privind sindroamele nefrotice impure[1]. Mai ales la acești bolnavi se impune internarea într-o unitate spitalicească cu înaltă calificare, între altele și pentru posibilitatea practicării punctiei biopsice.

Puține cazuri beneficiază de corticoterapie, mai ales că și accidentele acestei medicații sînt mai frecvente. Puseurile de azotemie sau hipertensiune arterială sînt cele care impun deseori oprirea tratamentului.

Cu agenții alchilanți și medicația antimetabolică se pot obține remisiuni complete la unii bolnavi.

Diureticele sînt asociate numai în anumite cazuri: înainte de a se fi instalat diureza indusă de Δ-cortizonul administrat bolnavilor cu edeme mari și care cresc în primele zile ale tratamentului sau la bolnavii refractari la terapia steroidă. Derivații tiazidici (Nefrix, Ufrix) sînt suficienți și hipokaliemia poate fi prevenită prin administrarea concomitentă de 2—4 g/zi clorură de potasiu.

Particularități privind sindroamele nefrotice secundare. Acestea sînt foarte rare, cu excepția celor asociate cu glomerulonefrita streptococică (nefrita acută cu componentă nefrotică).

Tratamentul inițial va fi acela al glomerulonefritei acute. Dacă componenta nefrotică persistă sau se accentuează în 7—14 zile de la debutul tratamentului nefritei, corticoterapia devine necesară și poate fi începută cînd azotemia și tensiunea arterială o permit. Acest tratament nu este necesar la unii bolnavi, pentru că manifestările nefrotice se atenuează și dispar în 2—3 săptămîni.

TRATAMENTUL PIELONEFRITEI ACUTE

Frecvența și semnificația pielonefritei au fost pînă de curînd subestimate.

Este cea mai frecventă boală renală: poate trece lesne neobservată dacă nu se controlează urina copiilor mici și mai ales a sugarilor suferinzi de infecții acute ale căilor respiratorii, otite, tulburări digestive, piodermite și

[1] Nefrita-nefroza corespunde pe plan clinic (hematurie, hipertensiune arterială, semne de insuficiență renală) acestor sindroame nefrotice primitive impure, la care biopsia renală a pus în evidență o hialinoză neregulată a flocusurilor, o glomerulopatie extramembranoasă sau o glomerulonefrită proliferativă difuză. Ele apar de la început ca atare, complică tardiv un sindrom nefrotic pur (mai ales tardiv și insuficient tratat) sau intervin în faza finală a unei nefrite cronice.

Scanned with OKEN Scanner

stări subfebrile prelungite. Prima copilărie este cel mai mult afectată: 50% în primul an de viață, iar 30% între 1 și 2 ani.

În afara nou-născuților, cînd proporția este egală la ambele sexe, frecvența este mai mare la sexul feminin (4 : 1), raportul fiind de 2 : 1 sub 1 an și crescînd la 6 : 1 mai tîrziu.

Împărțirea infecțiilor arborelui urinar în cistită, pielită, pielonefrită, ca și termenul de piurie nu mai corespund concepției actuale, conform căreia *boala este (aproape) totdeauna o cistopielonefrită*, predominînd în sectorul pielorenal (fetițele mari pot avea și o cistită izolată).

Germenii provocatori sînt: *Esch. coli* și bacili coliformi în 80% din cazuri și apoi în ordine descrescîndă: *Aerobacter aerogenes*, *Proteus*, enterococi, stafilococi, *Pseudomonas*.

Boala poate fi sugerată de anamneză, de semnele funcționale locale și generale, dar numai examenul urinii confirmă diagnosticul. Examenul sumar de urină clasic și urocultura sînt înlocuite de debitul leucocitar și urocultura calitativă. Urina bolnavilor cu pielonefrită acută (înainte de tratament) are peste 100 000 bacterii/ml; infecția este numai probabilă la 50 000/ml; un rezultat de 10 000—20 000 germeni/ml impune repetarea culturii și urmărirea bolnavului.

Infecția urinară poate fi exclusă la 1 000—10 000 germeni/ml.

Urina va fi examinată imediat după recoltare. Urina se poate obține (după toaleta riguroasă locală) la sugarii de sex masculin într-o eprubetă lipită de perineu prin leucoplast (numai pentru albumină și sediment); pentru urocultură se așteaptă jetul urinii emisă spontan și a doua porțiune se culege direct în eprubeta sterilă (dacă este posibil, se va decalota prepuțul); la sugarii de sex feminin, urina se culege de la vulvă în eprubetă — în timpul micțiunii spontane — pentru albumină, sediment și prin sondaj pentru urocultură și sediment; la copiii-băieți se recoltează a doua porțiune a urinii emisă spontan (decalotarea prepuțului) pentru urocultură și sediment, iar la copiii-fete a doua porțiune a urinii emisă spontan (cît mai rar sondaj).

Diagnosticul de pielonefrită poate fi sugerat de clinică, dar este asigurat numai prin existența leucocituriei și/sau a bacteriuriei (urocultură calitativă), *în măsura în care acestea nu-și au originea în afara arborelui urinar* (vulvită, balanopostită).

Într-un timp, boala aceasta era sau ignorată (la sugari mai ales) sau bagatelizată și concepută adesea numai ca o cistită, o piurie, căreia îi corespundea pînă de curînd și o antibioterapie de numai 7—10 zile.

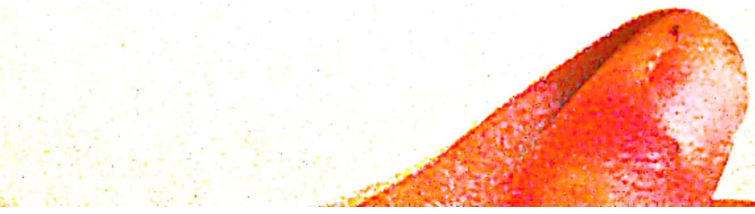
Urmărirea îndelungată a unor serii importante de bolnavi care păreau vindecați după o cură scurtă cu antibiotice a dovedit — pentru o parte din ei — că boala se cronicizează. Pe de altă parte, recăderile și alterările renale progresive pot evolua asimptomatic la unii bolnavi. De aceea, astăzi se recomandă un tratament cu antibiotice active și cu o posologie adecvată, timp de multe săptămîni; este probabil că sînt necesare cel puțin 3—4 săptămîni și optimul (sau minimul pentru unii) ar fi de 6 săptămîni; unii specialiști preconizează în continuare o cură de întreținere de 1/2—(2) luni.

Numai o urmărire îndelungată de 6—12 luni poate certifica vindecarea.

Concepția terapeutică optimă va fi probabil definitivată în următorii ani.

Conduita terapeutică urmărește:

1. Vindecarea infecției din parenchimul și din căile urinare.
2. Cruțarea rinichiului și vindecarea nefritei interstițiale.
3. La sugari și tratarea eventualei boli primare (dispepsie, infecție respiratorie, otită, piodermită), corectarea distrofiei, anemiei, carențelor.



Scanned with OKEN Scanner

Antibioticele. *În formele obișnuite.* Pielonefrita acută se tratează numai cu antibioticele care realizează niveluri eficace în sînge (nivel sanguin), în parenchimul renal (nivel tisular) și în urină (nivel urinar); la acel ultim nivel, antibioticele trebuie să se afle încă sub o formă activă.

Cultura nu apare ca o necesitate la primul puseu de pielonefrită a copilului, pentru că 60—80% din îmbolnăviri sînt provocate de colibacili, care răspund în proporție de 80% la sulfamide. Mai reamintim că rezultatele testării la antibiotice nu corespund de multe ori — în ceea ce privește sulfamidele— cu cele înregistrate clinic.

Sulfamidele solubile au indicația de elecție pentru că:

— realizează niveluri ridicate sanguine, tisulare și urinare, la acest ultim nivel aflîndu-se sub o formă activă;

— rezistența bacteriilor se instituie lent;

— colibacilul este cel mai frecvent agent provocator al primului puseu de pielonefrită acută (80% răspuns clinic favorabil);

— riscul de accidente este redus în condițiile unei urmăriri corecte a bolnavului.

Sulfizoxazolul (Neoxazol) este sulfamida solubilă de elecție, pentru că realizează niveluri necesare, este activ indiferent de pH-ul urinii și este bine tolerat. Sulfamidele cu eliminare lentă (sulfametoxipirimidina) nu par indicate pentru că nivelul urinar este coborît (de altfel nu există nici o experiență clinică suficientă în acest domeniu).

Cercetarea germenilor din sedimentul urinar poate fi folosită pentru o orientare rapidă: imediat după recoltare se centrifughează urina și sedimentul este supus colorației Gram. Dacă sînt numai bacili gramnegativi, tratamentul va fi început cu Neoxazol (probabilitatea de succes terapeutic este de 80% în cazul colibacilului, 50—60% pentru *Proteus* și 40% pentru *Aerobacter*). Foarte rar se găsesc coci sau o floră mixtă: atunci se va începe cu cloramfenicol.

Sulfizoxazolul se administrează în doza medie de 0,15 g/kg/24 ore sau 4,5 g/M²/24 ore, în funcție și de vîrstă (posologie mai ridicată 0,15—0,20 g/kg/24 ore la sugarii peste 3 luni și mai redusă 0,15—0,10 g/kg/24 ore la copii peste 1 an, fără a depăși 4 g/24 ore la adolescenți); doza inițială este egală cu 1/2 din doza din 24 ore; doza pe 24 ore se împarte în 4 prize (eventual 6 prize în primele zile).

Prin urmare, posologia medie de 0,15 g/kg/24 ore corespunde la:

	Doza inițială (comprimate sau linguriță sirop)	Dozele următoare (comprimate sau linguriță sirop)	
		la 4 ore	la 6 ore
Pentru fiecare 10 kg greutate (copil)	1 1/2	1/2	3/4

Reamintim că Sulfizoxazolul este interzis sub vîrsta de o lună, iar între 1 și 3 luni nu se va depăși 0,1 5 g/kg/24 ore. Pentru fiecare 0,50 g sulfamidă copiii mici vor primi peste rația obișnuită cîte 100 ml lichide. Incidente, accidente pag. 348.

Scanned with OKEN Scanner

În formele medii, tratamentul va fi început cu Neoxazol (Sulfizoxazol). Dacă efectul terapeutic este prompt, Neoxazolul va fi continuat cu aceeași posologie timp de 3—6 săptămîni și este probabil că optimul ar fi de 6 săptămîni; unii propun un tratament de 3 luni: prima lună cu posologia arătată, iar în cele două luni următoare cu doza pe 24 ore redusă la 2/3 din doza inițială și rărirea ritmului la 8 ore.

Dacă după primele 3—4 zile de tratament, rezultatul clinic și examenul urinii sînt nesatisfăcătoare, devine obligatorie cultura și antibiograma. În funcție de rezultat, alegem un antibiotic:

— față de care germenii se arată sensibili;

— care asigură niveluri satisfăcătoare în sînge, rinichi și urină;

— al cărui risc terapeutic este cît mai redus.

Satisfacerea tuturor acestor premise nu este totdeauna simplă.

Din punctul de vedere al toleranței, Sulfizoxazolul, Ampicilina și penicilina sînt pe primul plan; numai la strictă nevoie poate fi utilizat cloramfenicolul și în mai redusă măsură tetraciclina. Celelalte antibiotice (kanamicina sau colimicina i.m.) permit cure scurte, care pot fi urmate de un tratament de întreținere cu nitrofurantoină (dacă germenii se arată sensibili la acest chimioterapic).

Nivelurile sanguine și tisulare nesatisfăcătoare ale nitrofurantoinei și acidului nalidixic nu îndreptățesc utilizarea lor în tratamentul de atac al pielonefritei acute.

În ceea ce privește riscul terapeutic, accidentele cloramfenicolului, tetraciclinei, polimixinei, kanamicinei, colimicinei sînt bine cunoscute în cazul administrării îndelungate.

Nu recomandăm streptomicina, deoarece determină niveluri urinare joase; pe de altă parte, rezistența se instalează foarte repede și toxicitatea sa nu este neglijabilă.

În formele clinice severe și la primul puseu este preferabil să începem tratamentul cu Ampicilină; în lipsa ei, cu cloramfenicol. Posologia acestuia din urmă este în funcție de produs și calea de administrare: drajeuri, palmitat, succinat injectabil sau suspensie injectabilă (Clorocid). Vor fi respectate principiile generale: contraindicațiile de vîrstă (nou-născut și prematur), doza globală pe 24 ore și cadența de administrare, urmărirea bolnavului, foarte importantă la acest medicament în condițiile unei administrări îndelungate.

În caz de insucces alegem — pe baza culturii și antibiogramei — alt antibiotic, după criteriile citate mai sus.

Alimentația. Alimentația normală a vîrstei, cu multe lichide și puțină sare. Corectarea dietetică a dispepsiei, distrofiei, carențelor. În rare cazuri (oligurie, vărsături) se poate începe cu 1—(2) zile de regim mai sever: apă, ceai de tei sau mentă în cantități mari cu 10—15% zahăr (în caz de dispepsie, regimul respectiv); supa de morcovi va fi înlăturată repede din regim, putînd favoriza convulsiile.

Alte măsuri. Repaus strict la pat pînă dispare febra și se limpezește urina. Băi calde, mai ales ale jumătății inferioare a corpului. Toaletă riguroasă genitală. Contra febrei: băi și împachetări răcoritoare, aminofenazonă sau

Scanned with OKEN Scanner

acid acetilsalicilic. Contra durerilor: acid acetilsalicilic, beladonă, papaverină, fenobarbital, Algocalmin, Lizadon sau Scobutil.

Urmărirea bolnavului. În cursul tratamentului se va urmări evoluția clinică a pielonefritei (și a bolii provocatoare la sugari), numărul micțiunilor, cantitatea de urină (și albumină) în 24 ore; se vor mai practica: examenul urinii (la început de 2 ori pe săptămînă, după aceea o dată pe săptămînă), cercetînd eventual leucocituria și cu ajutorul testului Addis; urocultura calitativă, ureea în sînge, V.S.H., ritmul cardiac, tensiunea arterială, starea tubului digestiv, greutatea, alte examene după forma clinică.

Recidivele pun probleme delicate. Prima recidivă apare în 80% din cazuri în cursul primului an. A doua și a treia pot fi considerate ca manifestarea unei pielonefrite cronice.

Se impune examenul urologic (vezi pielonefrita cronică).

Vindecarea pielonefritei acute trebuie verificată prin repetate controale: primul la o săptămînă după oprirea tratamentului, urmat de 6—(12) controale, o dată în fiecare lună; controlul citologic și bacteriologic al urinii va fi completat cu probe funcționale renale.

TRATAMENTUL PIELONEFRITEI CRONICE

Datorită agenților antimicrobieni moderni, terapeutica pielonefritei acute înregistrează multe rezultate *imediate* bune. Dar procentul de vindecări *durabile* sau *definitive* este întrucîtva mai redus. Frecvența pielonefritei cronice a crescut, problema fiind acum mai bine cunoscută de medici și datorită perfecționării mijloacelor de diagnostic. Pe de altă parte, microbii provocatori devin mai des rezistenți la unele din antibioticele care le sînt opuse.

Diagnosticul de pielonefrită cronică este de multe ori sugerat de evoluția mai lungă a pielonefritei acute sau de recidive (pielonefrita care durează peste 3 luni sau se găsește la a doua recidivă va fi considerată cronică). Infecția cronică este însă uneori asimptomatică și chiar bacteriuria nu poate fi pusă totdeauna în evidență; alți copii au anumite simptome și bacteriurie intermitentă.

Unele situații evocă în mod deosebit un obstacol anatomic sau o disfuncție a unui segment al aparatului urinar:

— cînd pielonefrita acută nu răspunde la chimioterapia „țintită";

— cînd flora microbiană este mixtă sau reprezentată prin *Proteus* sau *Pseudomonas;*

— la fete, cel mai tîrziu la a treia pielonefrită (a doua recidivă) din cursul vieții;

— la băieți, la a doua pielonefrită (prima recidivă) din cursul vieții;

— orice pielonefrită a băieților mai mari de 1 an.

Consultul cu specialistul urolog se impune în multe situații: în unele pielonefrite la primul puseu, iar în altele la prima recidivă; numai la fetițe se poate amîna acest examen pînă apare a doua recidivă.

Sînt necesare: examenul clinic al aparatului urinar și genital, examenul urinii (testul Addis și Stansfeld Webb), repetate culturi pentru izolarea și identificarea germenilor, examenele instrumentale, radiologice și probele funcționale renale impuse de sex, vîrstă, particulari-

Scanned with OKEN Scanner

tăţile bolii şi ale bolnavului. În afara clasicei urografii intravenoase este de multe ori necesară şi uretrocistografia micţională.

Se vor face şi investigaţiile citate la pielonefrita acută (eventualitatea unei tuberculoze renale trebuie avută în vedere la pubertate şi la adolescenţi).

Deşi probele funcţiei renale pot rămîne normale mai mulţi ani, ele vor fi făcute la orice pielonefrită cronică. Acidoza şi perturbările electroliţilor sanguini pot agrava evoluţia şi prognosticul acestor bolnavi.

Tratament. *Tratamentul urologic.* În pielonefrita cronică se vor face toate eforturile pentru a se depista şi trata o malformaţie renală, o litiază urinară sau o tulburare funcţională a excreţiei urinare.

Antibioticele. Concomitent cu tratamentul urologic sau în imposibilitatea instituirii acestuia, bolnavii beneficiază de un tratament antibacterian de lungă durată, instituit în funcţie de germenul (germenii) în cauză şi particularităţile bolnavului.

Culturile vor fi repetate în cursul tratamentului, deoarece germenii izolaţi iniţial pot să-şi schimbe comportarea faţă de antibioticul utilizat şi nu rareori se substituie alte specii microbiene.

Tratamentul va fi început cu un antibiotic de preferinţă bactericid şi care realizează niveluri sanguine şi tisulare satisfăcătoare (Ampicilină cînd permite antibiograma). Durata *curei de atac* (de obicei 3—6 săptămîni) este în funcţie de antibioticul utilizat. Îi urmează o cură de întreţinere cu furadantoină, sulfamide solubile şi cu eliminare lentă, acid nalidixic, folosite izolat, în asociere sau în cure alternative. Posologia în această perioadă este cu aproximativ 50% mai joasă decît cea recomandată în cura de atac (cura poate fi continuă sau intermitentă).

În caz de alterare a funcţiilor renale, antibioticele care se concentrează la nivelul rinichilor vor fi administrate în doze mai mici.

Durata tratamentului se întinde pe multe luni, chiar pe ani. Concepţia terapeutică optimă va fi probabil definitivată în următorii ani.

Acidifierea urinii poate fi utilă la unii bolnavi, dacă nu este acidoză renală.

Regim alimentar şi corectarea tulburărilor electrolitice. Lichide din abundenţă, fără restricţii protidice. Eventual un aport controlat al ionilor Na, Cl, K şi Ca, în funcţie de perturbările respective.

Profilaxia reinfecţiilor urinare. Pot aduce o contribuţie: tratarea tulburărilor digestive, a constipaţiei, rezolvarea focarelor infecţioase, mai ales rinofaringiene.

Curele hidrominerale pot fi utile.

Prognostic. Terapeutica antibacteriană reprezintă astăzi un important progres în această boală grea, totuşi, numai la unii bolnavi se poate spera că vindecarea poate fi obţinută pe această cale. Obiectivul principal al tratamentului este rezolvarea chirurgicală cît mai grabnică a afecţiunii urologice, înainte de a se fi constituit leziuni renale ireversibile.

Profilaxia infecţiei cronice se centrează pe depistarea cît mai precoce a pielonefritelor acute, pe tratamentul lor corect şi o urmărire de 6—12 luni chiar a bolnavilor după primul puseu.

Scanned with OKEN Scanner

Puseul acut care se prelungește (peste 3 săptămîni) și recidiva impun identificarea germenului (deci terapeutică antibacteriană „țintită" și examen urologic pentru decelarea unei eventuale anomalii morfologice sau funcționale, unei litiaze urinare etc.).

TRATAMENTUL ENUREZISULUI

Copiii ajung să capete controlul nocturn vezical pe la vîrsta de 2—3 ani. Dar numai persistența pierderii involuntare a urinii în cursul nopții la copiii de 4—5 ani constituie *enurezis* nocturn.

Enurezis nocturn simplu. La unii copii este evidentă *nepriceperea* sau *neglijența* educatorilor; din această cauză întîrzie dobîndirea controlului sfincterian.

Enurezis nocturn nevrotic. Copiii în această situație capătă controlul sfincterian la vîrsta normală, dar după un timp reîncep să piardă noaptea urina. Este un fenomen de *regresie*, o exteriorizare a celor mai variate conflicte cu părinții, cu frații sau în școală; tulburarea este legată în parte și de o predispoziție familială. Sentimentele de *gelozie, de frustrație afectivă* sînt cel mai des responsabile de această tulburare.

Acest tip de enurezis cedează uneori la simpla schimbare a mediului. Medicul, psihologul va încerca să rezolve situația conflictuală respectivă, să maturizeze personalitatea copilului și să schimbe atitudinea celor din jur.

Sînt utile și variatele metode de tratament, care acționează în bună măsură și prin *sugestia* care trebuie să le însoțească:

— gimnastică micțională;

— se suprimă aportul de lichide începînd de la ora 17, iar cina va consta din alimente sărace în apă, fiind excluse alimentele bogate în săruri de potasiu (fructe proaspete, cartofi);

— încălzirea abdomenului și a picioarelor;

— se poate încerca o cură cu unul din drogurile următoare: Diazepoxid, meprobamat, reserpină, clordelazină, levomepromazină, în funcție și de particularitățile sistemului nervos ale copilului respectiv. De multe ori, o asemenea cură este urmată de un rezultat bun, dar de scurtă durată, probabil datorită sugestiei.

Tratamentul enurezisului rămîne de multe ori decepționant.

Enurezis nocturn de natură organică. La 10—30% din bolnavi, afecțiunea este provocată de o cauză somatică. Aceasta este sugerată de durata afecțiunii, de caracterul ei rebel la terapeuticele citate, de unele antecedente (pielonefrită), de unele simptome asociate.

Sînt necesare examenele paraclinice sugerate de particularitățile bolnavului (D. Vereanu, *Pediatria*, 1968, nr. 1).

Urografia intravenoasă poate fi efectuată destul de devreme, dar rămîne ca medicul să decidă în ce măsură sînt necesare și manevre instrumentale (cistometria, uretrocistografia), care sînt grevate de un oarecare risc.

Iată (după M. Bettex) clasificarea cauzelor somatice:

a) Tulburare de maturație — mecanismul central de inhibiție întîrzie să se instaleze.

Scanned with OKEN Scanner

b) Tulburări neurogene — după meningite, encefalite etc. Sînt indicate educația micțională, anticolinergice (propantelina).

c) Malformații urinare.

d) Infecții urinare. În afara pielonefritei acute și cronice citățm și cistita, uretrotrigonita fetițelor mari, la care este necesar și tratamentul local.

e) Enurezis în alte boli somatice, cum sînt: diabetul insipid, o tulburare centrală a metabolismului apei și clorurii de sodiu (unele nanisme hipofizare), diabetul zaharat, anumite forme de insuficiență renală, epilepsie. Oxiuraza poate fi un factor favorizant.

★

Pierderea urinii în timpul zilei (așa-numitul enurezis diurn) impune investigații serioase cînd se repetă des. Poate fi datorit și unor reacții nevrotice, dar este provocat mai ales de cauze somatice: *malformații urinare* sau *neurologice*, pielonefrită, uretrotrigonită, cistită, diabet insipid sau zaharat, epilepsie.

Uneori este în realitate o *incontinență de urină.*

★

Incontinența de urină adevărată și prin prea-plin nu trebuie confundată cu *enurezis ;* este provocată de anumite afecțiuni neurologice și malformații urinare.

Scanned with OKEN Scanner

MODIFICĂRILE DE POZIȚIE ALE TESTICULELOR

Examenul clinic *corect*, repetat la unii, al copilului este obligatoriu; astfel sînt identificate diferite anomalii de poziție, iar consecințele terapeutice sînt diferite.

Pentru testiculele migratorii (mobile) nu trebuie întreprins nimic, deoarece anomalia cedează de la sine și organul nu suferă între timp.

Retenția testiculelor, testiculele ectopice și criptorhidice (intraabdominale) necesită în schimb o terapeutică activă și efectuată la timpul potrivit, pentru că testiculele (testiculul) care se află în canalul inghinal în poziție ectopică sau în cavitatea abdominală se găsesc la o *temperatură prea ridicată* ce inhibează spermatogeneza și provoacă cu timpul alterări ireversibile.

Rareori, testiculele nu sînt coborîte și/sau au o morfologie infantilă, integrîndu-se într-o tulburare complexă endocrină; în acest caz, tratamentul va ține seama și de aceasta.

Pentru retenția inghinală a testiculelor se va încerca un tratament medical (1—2 cure) între 4—6—(8) ani; operația este imperativă la 8—9 ani (6—8 ani după unii specialiști) dacă testiculele nu au coborît pînă atunci spontan sau în urma tratamentului hormonal. Operația la 10—12 ani este tardivă, deoarece s-a instalat atrofia tubilor seminiferi și spermatogeneza este total compromisă.

Asocierea frecventă cu o hernie impune intervenția chirurgicală precoce, la 4—5 ani, precedată de o serie de injecții cu gonadotrofină corionică.

Pentru *testiculele ectopice*, operația va fi precoce (4—5 ani), precedată de o serie de injecții de gonadotrofină corionică.

Cea mai grea situație este aceea în care examenul corect și repetat nu poate pune în evidență testicule în canalul inghinal sau în poziții ectopice, iar anamneza, examenul clinic, dozarea gonadostimulinelor hipofizare exclud atrofia uni- sau bilaterală a testiculelor. *Criptorhidia* adevărată (testicule intraabdominale) impune operația precoce la 4—5 ani, precedată de o cură cu gonadotrofină corionică.

Tratamentul medical. Se recomandă o cură constînd din 3-12 injecții i.m. de gonadotrofină corionică (Gonacor) a 500—1 000—1 500 u. fiecare, la 3—5 zile interval, pînă la un total de 12 000—15 000 u. În caz de insucces (la retenția inghinală), cura poate fi repetată o dată (după o lună). Tratamentul va fi oprit dacă apar semne de pubertate precoce. Rezultatele sînt

Scanned with OKEN Scanner

diferit apreciate; succesul este imediat la 10% din bolnavi după unii, pînă la 50% după alții; este posibil ca succesul medical să fie obținut la acei copii ale căror testicule ar fi coborît spontan la pubertate.

Contraindicații. Tratamentul medical nu poate provoca coborîrea testiculelor ectopice, intraabdominale și cele a căror retenție în canalul inghinal este determinată de o anomalie anatomică (hernie).

O cură este poate utilă și la acești bolnavi *imediat înaintea operației precoce* (4—5 ani), ea producînd o creștere a vascularizației organelor genitale și a volumului scrotului.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL UNOR AFECȚIUNI CUTANATE ȘI ALE MUCOASELOR [1]

Frecvența, uneori și durata, recidivele, gravitatea unor afecțiuni cutanate sînt remarcabile la sugari, mai ales la cei mici, ca și la copiii de 1—5 ani.

Pielea sugarilor este deosebit de expusă infecțiilor : în primele luni pielea este uscată, deoarece glandele sudoripare sînt incomplet dezvoltate și secreția lor este redusă; keratinizarea este insuficientă și permeabilitatea este în schimb crescută; nu s-a instalat o imunitate locală.

Infecțiile sînt favorizate de factori exogeni și endogeni; evitarea lor reprezintă tot atîtea *acțiuni profilactice:*

— transpirația abundentă a sugarilor rahitici, a celor îmbrăcați prea gros, ținuți în camere supraîncălzite;

— îmbrăcămintea impermeabilă, chiloți din cauciuc sau nylon;

— exsudatul din eczemă, veziculele din strofulus, varicelă;

— pruritul din eczemă, strofulus, dermatoze parazitare;

— lipsa de igienă sau, dimpotrivă, excesul de săpun care conține prea multă sodă;

— scăderea temporară a rezistenței sugarului prin tulburări digestive și boli acute severe;

— rănirile, frecvente la unii copii mici;

— tulburările cronice ale metabolismului glucidelor, grăsimilor;

— secrețiile din otită, coriză;

— contactul în colectivitatea de copii sau în familie cu alte piodermite, cu purtătorii de stafilococi coagulazopozitivi.

Infecțiile cutanate sînt provocate mai ales de *stafilococi* și de *streptococi*, de multe ori asociați. Aspectele clinice realizate sînt foarte variate și explicate prin starea imunobiologică a pielii și a organismului, prin localizarea microbilor și prin particularitățile germenilor. Predispoziția pielii sugarilor de a forma cu ușurință *bule, vezicule, pustule* este responsabilă în parte de autoinoculare și de contagiozitatea mare a acestor leziuni.

[1] În colaborare cu Dr. Ion Ursuleanu

Predominanța stafilococilor, rezistența crescîndă la antibioticele utilizate, contagiozitatea ridicată în instituțiile de copii explică unele dificultăți terapeutice.

Testarea sensibilității la antibiotice este obligatorie în infecțiile stafilococice.

Examenul urinii este obligatoriu în infecțiile streptococice (impetigo Tilbury—Fox, ectimă) și în furunculoză.

Unele infecții recidivante pot fi explicate prin persistența stafilococilor în nas, pe regiunea perianală a bolnavilor sau în nasul personalului din colectivitatea de copii, membrilor din familie. *Purtătorii de stafilococi patogeni* vor folosi un săpun dezinfectant (hexaclorofen) și vestibulul nazal va fi uns de 4 ori pe zi cu o pomadă cu antibiotice bactericide: *Rp.* Bacitracină 250 000 u., Neomicină 0,25 g, Lanolină, Vaselină, *aa* 25 g (sau Lanolină hidratată 50 g). Cloramfenicolul în concentrație de 3% este un succedaneu mai puțin eficace.

În infecțiile recidivante se vor explora *funcțiile proteice* ale plasmei.

INFECȚIILE PIELII LA NOU-NĂSCUȚI

Stafilococii coagulazopozitivi „de spital" sînt agentul provocator (cu excepția erizipelului). Epidemiile din secțiile de nou-născuți sînt o problemă încă insuficient rezolvată.

Tratamentul cu antibiotice va fi *energic* atît local, cît și general. Pentru *aplicarea locală* (pe leziuni, unghii, nări) vor fi folosite pudre și pomezi cu antibiotice bactericide nesistemice, ca bacitracina, neomicina (cloramfenicol în lipsa lor), după ce au fost îndepărtate crustele și drenate abcesele.

Tratamentul general este în funcție și de antibiogramă, dînd preferință antibioticelor bactericide: Cloxacilin, Oxacilin, Meticilină sau Lincocin, Pyostacine, eritromicină (propionat sau etilsuccinat).

Sînt obligatorii igiena riguroasă a copilului și măsurile antiepidemice din secția de nou-născuți.

Pemfigusul epidemic (impetigo bulos) este provocat aproape exclusiv de stafilococi coagulozopozitivi, care sînt regăsiți la personalul de îngrijire și în toată secția. Boala este foarte contagioasă și poate persista sub formă endemică.

Bolnavii vor fi *izolați*.

Bulele vor fi decapitate și baza lor pensulată de două ori/zi cu *soluții antiseptice* (soluții apoase de mercurocrom 2%, nitrat de argint 5%, tinctură de iod 5%); soluțiile de cristal violet sau violet de gențiană sînt mai puțin indicate. Peste leziuni se va presăra apoi de două ori/zi *o pudră cu antibiotice bactericide*: *Rp.* Bacitracină 50 000 u., Neomicină 0,05 g, Talc, Oxid de zinc *aa* 5 g.

Este utilă baia zilnică cu permanganat de potasiu 1/5 000. Este necesar și un tratament general cu unul din antibioticele citate mai sus.

Tratamentul durează 10—14 zile.

Dermatita exfoliativă *(boala Ritter)* impune un tratament general energic cu Cloxacilină, Oxacilin, Meticilină. Se va evita răcirea copilului și manipularea inutilă; rufăria va fi moale și sterilă; se va utiliza pudra cu antibiotice citată. Zonele denudate pot fi atinse cu soluție de nitrat de argint 3—5%.

Scanned with OKEN Scanner

Paronihia. Se recomandă pomada cu antibiotice; pansamentul împiedică răspîndirea infecției.

Abcese. Mastita supurată poate apărea pe fondul tumefacției fiziologice a glandelor mamare (cu care nu trebuie confundată). Se administrează antibioticele generale citate și se practică o incizie radiară în caz de abcedare.

„Blenoreea" ombilicului este o frecventă infecție superficială provocată de germeni puțin virulenți, uneori întreținută de un granulom (care va fi cauterizat cu creionul de nitrat de argint). Secreția dispare rapid prin pensulări de două ori/zi cu soluție de mercurocrom 2% sau de nitrat de argint 5%; după aceea se presară pudra cu antibiotice.

Omfalita, ulcerul ombilical, infecția vaselor ombilicale (a cărei severitate nu este totdeauna concordantă cu examenul local) sînt infecții grave și pot reprezenta puncte de plecare ale unei septicemii (difteria poate fi evocată în prezența unui depozit membranos). Se va aplica tratamentul general al septicemiei stafilococice a nou-născutului, iar local soluțiile antiseptice și pudra citată.

Infecții stafilococice grave sînt și *gangrena cutanată (celulita difuză erizipeloidă), flegmoanele gangrenoase, paniculita acută necrozantă* sau *necroza cutanată extensivă*, care apar pe fondul unei imunități extrem de reduse. Se va practica tratamentul general al septicemiei stafilococice a nou-născutului, deschiderea colecțiilor, pudra citată și, după unii, excizarea largă și precoce a zonei necrozate.

Erizipelul își are originea la plaga ombilicală (sau organele genitale); neglijarea lui poate provoca un flegmon bulos, necroza pielii, septicemie, meningită. Etiologia fiind streptococică, se recomandă penicilină cristalizată i.m. 50 000 — 100 000 u./(3)—6 ore și pansament uscat local. Se aplică aceleași măsuri de izolare ca pentru bolile din grupa A.

Profilaxia și combaterea infecțiilor stafilococice ale nou-născuților. Epidemia începe în secție prin cîteva determinări „minore" stafilococice (pustule, conjunctivită, coriză, paronihie). Infecțiile devin tot mai frecvente, mai întinse și la unii copii apar, uneori în plină sănătate, dar mai des precedat tot de o stafilococie „minoră", stafilococii grave (pleuropulmonară, septicemie, osteomielită, meningită). Unii copii se îmbolnăvesc acasă după 1—8 săptămîni de la părăsirea maternității.

Profilaxie. Aceste epidemii pot fi prevenite prin următoarele măsuri:

— adulții cu infecții stafilococice nu vor intra în secție;

— mamele cu infecții stafilococice vor fi izolate, iar copiii lor nu vor intra în contact cu ele și cu ceilalți nou-născuți;

— săpunul sau detergentul cu hexaclorofen reduce populația bacteriană de pe pielea personalului din secție. Acesta va fi temeinic instruit asupra infecțiilor nou-născuților și rolului principal de rezervor infectant pe care îl joacă vestibulul nazal;

— aceleași substanțe vor fi folosite pentru baia copiilor;

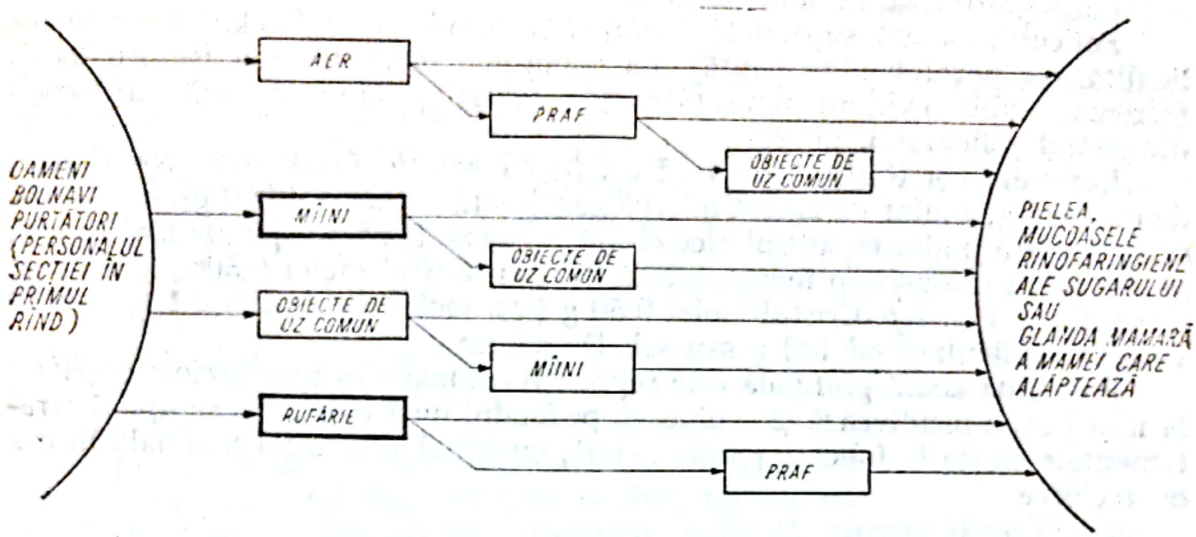
— bontul ombilical al tuturor copiilor va fi zilnic pensulat cu o soluție bactericidă, ca: *Rp*. Atriflavină (Tripaflavină) 1,15 g, Violet de gențiană, Verde briliant *aa* 2,30 g, Apă distilată *ad* 1 000 ml.

Combatere. Epidemia poate fi combătută numai în două moduri: — copiii care se nasc în zilele următoare vor fi izolați într-o altă secție separată

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 11

Reprezentarea schematică a celor mai frecvente căi de infecție în unitățile pentru copii
(după Raška)



de cea contaminată, cu personal neinfectat; în secția cu copii bolnavi se va face o dezinfecție terminală după externarea copiilor respectivi.

Metoda administrării de antibiotice (una din penicilinele semisintetice citate, Lincocin, Pyostacine sau eritromicină) tuturor copiilor de la naștere și pînă la părăsirea maternității este mai puțin eficace. O perioadă de 3 săptămîni poate fi suficientă pentru a stinge epidemia, dacă între timp sînt aplicate măsurile necesare de asepsie și antisepsie din secție și poate fi înlăturat personalul purtător de stafilococi patogeni.

ALTE INFECȚII ALE PIELII

Abcesele miliare ale sugarilor (pseudofurunculoza, abcesele multiple ale glandelor sudoripare). Periporita (pustuloza) corespunde infectării superficiale a porului sudoripar. De obicei se formează multe abcese intradermice și subcutanate, uneori și furuncule.

Boala este favorizată local de frecare (occiput, spate, fese) și macerație (transpirație, scutece ude) și în general de lipsa de îngrijire, distrofie, anemie, carențe, boli anergizante, hipo- sau agammaglobulinemii.

Forma acută apare la copii care au eritem fesier, intertrigo, eczemă, dermatită seboreică. La *forma cronică* se va căuta dacă sînt purtători nazali de stafilococ în familie; persoanele care îngrijesc copilul vor folosi săpunul cu hexaclorofen și alcool 70° pentru mîini.

Tratamentul local. Abcesele vor fi incizate cu un bisturiu fin sau se pune un punct de diatermocoagulare; puroiul este șters pe vată fără să fie împrăștiat pe pielea din jur (protejată cu un unguent); hemoragia va fi stăpînită prin compresiune; se aplică pulberea cu antibiotice. Sînt utile băile cu permanganat de potasiu 1/10 000 — 1/50 000 sau Rivanol 1‰. În funcție de sediul abceselor se recomandă decubit ventral, schimbarea deasă a rufăriei respective.

Tratament general. Corectarea distrofiei (la nevoie lapte de femeie) și a carențelor. Raze ultraviolete. În formele severe se administrează antibiotice după antibiogramă.

Contagiozitatea impune izolare.

Foliculita acută superficială (impetigo stafilococic Bockhart, osteofoliculita sau porofoliculita acută). La copiii mai mari intervin factorii locali (eczema, scabia, căldura, umiditatea și macerația) care activează stafilococii din ostiul foliculului pilos.

Leziunile vor fi atinse de 4—5 ori /zi cu soluție D'Alibour (*Rp.* Sulfat de cupru 1 g, Sulfat de zinc 4 g, Apă camforată saturată 1 000 g), după care se va presăra pudra cu antibiotice citată mai sus. Pentru leziunile mai rebele, se vor folosi atingeri cu mercurocrom 2% sau cristal violet 0,50% sau violet de gențiană 1%. *Rp.* Cristal violet 0,50 g (sau violet de gențiană 1 g), Alcool 10 g, Apă distilată *ad* 100 g sau sol. Decaderm.

Foliculita acută profundă este reprezentată mai ales prin urcior (orgelet); la mulți copii recidivează și evoluează pe fondul unei blefarite. Se aplică tratamentele citate la foliculita superficială, eventual și epilația manuală în caz de recidive.

Furunculul și furunculoza

Furunculoza afectează în general copii mai mari, a căror *apărare* împotriva microbilor este insuficientă, mai ales în următoarele situații: hipotrofii, convalescențele unor boli infecțioase și digestive, tratamente lungi cu corticoizi, leucoze, hipogammaglobulinemii, diabet. Autoinocularea este favorizată de grataj (scabie, pediculoză), deficiențe igienice, îmbrăcăminte care nu poate fi fiartă (nylon, tergal).

Furunculoza poate fi întreținută de stafilococii din nas, regiunea perianală sau de alte stafilococii din familie.

Orice furuncul poate determina o bacteriemie, septicemie, flegmon perinefretic, osteomielită, abces cerebral.

Furunculul buzei superioare, al aripei nasului și pleoapei superioare poate provoca o tromboflebită a venelor din vecinătate și consecutiv tromboflebita sinusului cavernos.

Tratamentul furunculozei este local și general.

Tratamentul local. Igiena pielii este fundamentală, mai ales la copiii cu eczemă, ihtioză: băi cu permanganat, bolnavul se spală pe mîini de 6—8 ori pe zi cu o perie tare și cu mult săpun, unghiile vor fi tăiate scurt. Se va schimba zilnic cu rufe fierte în prealabil. Se vor înlătura factorii mecanici (îmbrăcămintea), chimici (leucoplast) care pot irita pielea.

În faza incipientă, furunculul nu va fi exprimat și nici incizat, ci va fi acoperit cu mult pansament uscat steril fără vată. Se vor practica atingeri cu alcool iodat sau iod-acetonă: *Rp.* Iod metaloidic 1 g, Acetonă 15 g. Dacă furunculul continuă să se dezvolte, se pot face pulverizații umede cu apă distilată sau soluție de 1% sulfat de zinc. Se poate aplica după aceea un unguent cu colargol 10% sau unguent cu bacitracină-neomicină, cu cloramfenicol 3% sau cu tetraciclină 3%.

Scanned with OKEN Scanner

În stadiul de maturitate, după ce s-a pus un punct de diatermocoagulare, conținutul necrotic și purulent va fi îndepărtat cu pensa. Pielea va fi curățată după aceea cu eter și se aplică unul din pansamentele citate sau atingeri cu soluție 1% violet de gențiană.

Tratamentul general. 1. Depistarea și tratarea factorilor favorizanți.

2. Repaus.

3. Regim bogat în alimentele care aduc vitamine din complexul B, C și A și relativ sărac în hidrați de carbon.

4. Antibioticele (Cloxacilin, Oxacilin, Meticilină, Lincocin, Pyostacine, eritromicină sau altele, în raport cu antibiograma) pot fi utile, dar se va avea în vedere și dezavantajele ce le însoțesc.

5. Rezultatele vaccinurilor (anatoxină și stockvaccin antistafilococic) sînt adesea nesatisfăcătoare; autovaccinul este poate de preferat.

Impetigo. Această piodermită, de cele mai multe ori streptococică la copii mai mari, se remarcă prin:

— contagiozitate ridicată;

— apariție primitivă sau secundară dermatozelor care determină prurit (varicelă, eczemă, strofulus, urticarie, scabie, pediculoză);

— asocierea cu alte infecții (intertrigo, zăbăluță, panarițiu periunghial, perionixis, rinită vestibulară);

— posibilitatea de a da complicații (limfangite, adenopatii, nefrite hemoragice, onichie sau paronichie).

La sugari poate avea o etiologie stafilococică, cu contagiozitate și mai ridicată.

Tratamentul local este hotărîtor. Crustele vor fi înmuiate prin prișnițe bine stoarse (fără strat impermeabil), schimbate des: acid boric sau borax 2 %, permanganat de K 1/10 000 sau soluție Burow. O dată cu schimbarea compreselor, regiunea va fi ștearsă cu o soluție D'Alibour diluată 1/3—1/5 sau sol. Decaderm.

Unii specialiști recomandă ulei sau vaselină salicilică 2% pentru înmuierea crustelor.

După căderea crustelor se aplică badijonări cu soluții antiseptice, ca mercurocrom 2%, cristal violet 0,50%, violet de gențiană 1%, nitrat de argint 1—2%. Cînd nu mai sînt secreții se aplică pomadă cu antibiotice sau cu Rivanol 1—2%, baie cu permanganat 1/5 000 pentru formele întinse.

Autoinfecția va fi prevenită prin aplicarea măsurilor de igienă citate la furunculoză.

Pruritul, redus în general, cedează repede dacă tratamentul local este corect aplicat; el poate fi atenuat în primele zile prin antihistaminice, Bromoval, Fenobarbital.

Antibioticele sînt indicate atunci cînd forma clinică este severă sau dacă apar complicații.

La copiii mai mari, la care etiologia este streptococică: penicilină (tipul în funcție de acuitatea simptomelor), 10 zile.

La sugari: conform antibiogramei, dacă sînt stafilococi. Anatoxina streptococică poate fi folosită în formele prelungite.

Examenul de urină va fi repetat săptămînal.

Scanned with OKEN Scanner

Ectima. Este de natură steptococică, dar ulterior se pot asocia și alți germeni, în primul rînd stafilococii.

Tratamentul este același ca în impetigo; este importantă ameliorarea stării generale, deoarece ectima apare pe un fond de apărare redusă a organismului.

Examenul de urină va fi repetat săptămînal.

Erizipelul (vezi și erizipelul la nou-născut). Punctul de plecare este îndeosebi coriza streptococică, otita, eczema, impetigo, pustula vaccinală, plăgile operatorii, fistulele, ulcerul de decubit.

Diagnosticul diferențial cu flegmonul este uneori dificil la membrele inferioare. Măsuri: izolare obligatorie (grupa A), tratament local prin prișnit cu Rivanol și general cu penicilină cristalizată 200 000—400 000 u./24 ore la sugari și copii mici, Efitard un flacon la 12 ore pentru copii mari.

Perionixis și onixis. Sînt determinate de traumatisme, suptul degetului, alte piodermite. Germeni provocatori: stafilococi, streptococi, levuri, uneori asocieri de germeni. Examenul bacteriologic este necesar.

Se recomandă: băi calde cu permanganat de potasiu sau Rivanol 1/2 000; atingeri cu soluție de violet de gențiană 1% sau nitrat de argint 2%; pomadă cu antibiotice; raze ultraviolete.

Eritrodermia streptococică. Boala se observă mai ales la sugari și copii mici.

Diagnostic cu eritrodermia descuamativă Leiner, eritrodermia atopică, eritrodermia medicamentoasă, dermatita exfoliativă Ritter.

Se prescrie la început baie cu permanganat de potasiu, apoi pastă cu apă la care se adaugă violet de gențiana sau hidrocortizon și neomicină sau gudron. Penicilină. Deoarece boala reprezintă o sensibilitate puternică față de toxinele streptococice, se poate încerca un tratament desensibilizant prin anatoxină streptococică cu doze foarte mici la început (1/100 ml), care vor fi crescute treptat.

TRATAMENTUL ACNEEI

La pubertate, terapeutica este de multe ori decepționantă.

Tratamentul general. Viață sănătoasă cu sport, cură de soare (în climă maritimă), raze ultraviolete, alimentație bogată în legume, fructe și în general în alimente care aduc vitaminele complexului B, cu o relativă restricție a grăsimilor, hidraților de carbon și a condimentelor. Se va preveni și combate constipația.

Tratamentul local. Pulverizări sau tamponări de 2—3 ori /zi cu: *Rp.* Rezorcină 0,50 g, Alcool 70° *ad* 100 ml, aplicări de pudre cu antibiotice și sulf.

Se vor evita mixturile și pomezile.

Acneea datorită iodului, bromului dispare o dată cu oprirea medicamentului. Cea provocată de corticoizi impune tratament local atît timp cît este administrat drogul (este infectată mai totdeauna) și cedează încet după oprirea corticoterapiei.

Scanned with OKEN Scanner

„Acneea" nou-născuților și din primele săptămîni de viață este consecutivă pătrunderii hormonilor estrogeni de la mamă (prin placentă? prin lapte?); această formă nu trebuie tratată, ea dispărînd de la sine.

TRATAMENTUL ERITEMULUI FESIER („eritemul de scutece")

În forma sa cea mai simplă (intertrigo), diagnosticul se face cu dermatita seboreică; în forma cea mai severă (eritem posteroziv) cu anumite manifestări ale sifilisului.

Cauze. Este datorit înainte de toate amoniacului format de germenii care descompun urina absorbită de scutece sau excesului de amoniac din urina sugarilor cu rahitism evolutiv, provenit din materiile fecale alcaline (în cursul alimentației artificiale, cînd laptele de vacă este în exces și /sau este insuficient corectat prin hidrați de carbon, acidifiere); scaunelor numeroase și moi; infecțiilor provocate de microbii din materiile fecale (ciupercile sînt deseori responsabile — eritem micotic); iritației datorită săpunului, care nu a fost complet îndepărtat de pe rufe sau de pe piele, împiedicării accesului aerului (cauciuc, nylon).

Sugarul va fi schimbat după fiecare micțiune. Rufele vor fi zilnic fierte și uscate în plin soare sau spălate cu Bromocet (dacă rufele nu sînt perfect clătite și rămîn urme de detergent, ele pot de asemenea să irite pielea).

Pielea va fi pudrată cu talc; se vor face atingeri cu soluție de mercurocrom 2%.

În cazuri rebele, protecția pielii va fi asigurată prin ulei zincat: *Rp.* Ol. helianthi, Oxid de zinc *aa.*

Se vor evita și combate cauzele citate.

TRATAMENTUL DERMATITEI (DERMITEI) SEBOREICE

Este cea mai frecventă dermatoză din primul trimenon. Cauza este necunoscută: teren, tulburări ale metabolismului lipidic, ale secreției de sebum, anumite carențe vitaminice etc. *Candida albicans* (și alte ciuperci) sau unii microbi sînt invadatori secundari.

Procese supraadăugate pot duce la eczematizare (la 3—4 luni).

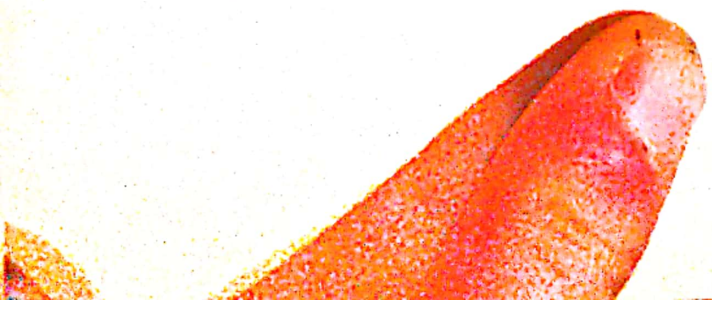
Tratamentul se bazează pe o bună îngrijire și pe combaterea infecției secundare.

Alimentația va fi corectă pentru vîrsta și sugarul respectiv. Orice carență este dăunătoare. În caz de alimentație mixtă, rezultate optime sînt obținute cu *babeurre* sau Eledon, Kaukasan „cu grăsime", îmbogățite cu doi hidrați de carbon.

Rufăria trebuie să fie fiartă și copilul schimbat des.

Tratamentul local. În faza precoce, împotriva localizării cefalice („crusta de lapte") se va prescrie:

Rp. Sol. acid salicilic 2—3%, Ol. helianthi, Ol. ricin *āā ad* 100 g. Se aplică mai multe zile prin masaj ușor de 1—2 ori/zi, crustele căzînd la spălarea capului cu săpun. Pentru manifestările de intertrigo, pensulări cu soluție de nitrat de argint 5%.



În perioada de stare a infecției secundare se va aplica tratamentul bolii Leiner, desigur în funcție de aspectul, întinderea leziunilor și răspunsul la tratament.

TRATAMENTUL ERITRODERMIEI DESCUAMATIVE (boala Leiner-Moussous)

Această boală poate fi considerată ca forma generalizată a dermatitei seboreice, fiind favorizată și de înțărcare sau de infecția secundară a pielii.

Diagnostic cu eczema generalizată, eritrodermia streptococică, dermatita exfoliativă, eritemul fesier extins.

Anemia progresivă, hipoproteinemia fac parte din tabloul bolii. Există tendința la complicații infecțioase (pneumonopatii, otite), care întunecă prognosticul.

Tratamentul local. Crustele trebuie îndepărtate și pielea dezinfectată. Vom utiliza concomitent:

a) Băi zilnice (la început de două ori/zi, cu permanganat de potasiu 1/10 000—0,5 g pentru 5 litri apă sau cîte o lingură pentru fiecare litru de apă din soluția: *Rp. Kalium permanganicum* 4 g, *Aqua destill. ad* 600 ml).

b) Pulverizații umede cu ser fiziologic sau soluție Dakin, pentru înmuierea crustelor.

c) Antiseptice locale sub formă de coloranți (după baie, după schimbarea rufelor și după fiecare pulverizare): *Rp.* Eozină 1 g, Alcool 60° 100 g sau *Rp.* Eozină 2 g, Apă distilată 100 g sau soluția Milian: *Rp.* Verde de metil, Cristal violet *aa* 0,25 g, Alcool 60° 100 g. Soluțiile alcoolice vor fi evitate atunci cînd leziunile sînt foarte întinse.

Aplicarea zilnică, minuțioasă și perseverentă a acestor măsuri poate scurta evoluția și conduce la vindecare în 2—4 luni.

Rufele vor fi sterilizate sau cel puțin fierte.

Regimul alimentar va fi corect pentru vîrsta și situația sugarului (carențele și deperdiția de proteine vor fi compensate). Se va evita carența vitaminică.

Administrarea de corticoizi, dozele farmacodinamice ale anumitor vitamine, γ-globulinele nu modifică cursul bolii.

Antibioticele pot fi necesare cînd suprainfecția bacteriană sau micotică este evidentă.

TRATAMENTUL DERMATOZELOR ALERGICE

Unele dermatoze alergice sînt determinate de atopie (diateză moștenită), dar intervin și factorii dobîndiți (cum ar fi medicamentele) ca singur factor sau pe fondul unei atopii.

TRATAMENTUL ECZEMEI CONSTITUȚIONALE (dermatita atopică)

Deși rămîn multe necunoscute în etiopatogenie, deci și în terapeutica eczemei, vom reține următoarele:

— un copil moștenește numai aptitudinea de a se putea sensibiliza (la un moment dat în cursul primilor ani) prin contactul cu anumite alergene care sînt de multe ori altele decît cele la care sînt sensibilizați părinții;

Scanned with OKEN Scanner

— sensibilizarea se capătă prin expunere naturală (ingestie mai ales, mai rar prin inhalare, dar aproape niciodată prin piele în primele luni);

— eczema se manifestă sub diferite aspecte clinice (formele de trecere sînt uneori greu de identificat precis);

— incidența maximă: ianuarie-aprilie (supraîncălzire? îmbrăcăminte? rolul iritant al lînei? alimentația? rahitism?). De aceea temperatura în cameră va fi de 20—22°, sugarii nu vor avea îmbrăcăminte groasă, iar cea de lînă nu va fi în contact direct cu pielea; rahitismul va fi tratat din timp;

— evoluția este în puseuri. Unele puseuri sînt favorizate (determinate) de o disbacterie (p.155); tratamentul acesteia poate favoriza vindecarea rapidă a puseului de eczemă;

— infecțiile microbiene pot participa la producerea eczemelor (eczema streptococică). Ele complică des (și grav uneori) eczemele și se pot manifesta sub toate formele (impetiginizare în primul rînd, foliculite, abcese, furuncule, chiar septicemie). Pruritul constant și de multe ori foarte violent favorizează excoriațiile; de aceea, pe lîngă tratamentul local și general, sînt indicate temporar mînecuțe.

Bolnavul este predispus la infecții respiratorii și digestive.

Eczema vaccinală și eczema herpetică Kaposi (pustuloza variceliformă) sînt o expresie gravă a suprainfecției cu virusul vaccinal sau al herpesului. În consecință, sugarii cu eczemă nu vor fi vaccinați antivariolic și vor fi feriți de contact cu bolnavii de herpes și cu copii vaccinați recent antivariolic (în cursul vaccinei).

Infecțiile supraacute microbiene sau virotice constituie probabil *primum movens* pentru moartea prin eczemă. Acești bolnavi vor fi de aceea spitalizați numai cînd și cît este absolut nevoie și izolați pe cît posibil.

Tratamentul de bază este cel local; alimentația este importantă, iar celelalte medicamente au un rol secundar.

Eczema se asociază de multe ori și cu alte manifestări alergice (astm, urticarie).

Tratamentul local. În eczema umedă și impetiginizată se începe cu comprese umede (ser fiziologic, ceai de mușețel, sol. 10% *aluminii acetico-tartarici*); vor fi evitate acidul boric, pudrele, pomezile. Dacă zemuirea este puternică, se pot face și tamponări cu soluție de nitrat de argint 1% sau de mercurocrom 2%.

După ce pielea s-a curățat și nu mai zemuiește, se poate trece la unguente (vaselină boricată 10% sau unguent leniens Coldcream boricată 2—5%). Cînd pielea este uscată se recomandă pasta Lassar: *Rp.* Oxid de zinc, Talc, Lanolină, Vaselină aa. La fel de bună poate fi și o mixtură: *Rp.* Oxid de zinc, Talc aa 20 g, Glicerină 15 g, Alcool diluat 10 g, Apă distilată *ad* 100 g.

În pasta Lassar (sau în mixtură) pot fi adăugate după nevoie:

— antibiotice sau antiseptice împotriva componentei infecțioase (Neomicină 0,5% sau Rivanol 1%);

— reductoare, în stadiul de descuamație sau în eczema cronică (ihtiol 5%, apoi gudron 2—5% — se va tatona toleranța; cu Tumison se obțin rezultate similare);

Scanned with OKEN Scanner

— hidrocortizon 0,25—2,5% pentru acțiunea sa antiinflamatorie și antipruriginoasă (în asociere cu un antibiotic sau un antiseptic). Rezultate bune se obțin cu Cornemin, Locacorten.

Băile vor fi rare, de 2—3 ori/săptămînă (baie cu mușețel în formele inflamatorii acute, baie cu acid tanic $1^0/_{00}$ sau de coaje de stejar dacă pielea este zemuindă, baie cu tărîțe de grîu dacă pielea este uscată, aspră). Se va evita săpunul; copiii vor fi șterși cu ulei.

Regimul alimentar. Orice dietă dezechilibrată este greșită (periculoase sînt mai ales dietele hipoproteice). Se va recomanda un regim potrivit vîrstei și situației sugarului, cu un aport echilibrat al principiilor de bază și vitaminelor. Se va tinde ca la sugarii păstoși să nu se favorizeze supraalimentația, iar pentru cei distrofici se va tatona regimul care le permite o accelerare a creșterii.

În rare cazuri se poate observa o influență favorabilă dacă se elimină un anumit aliment a cărui introducere pare să fi provocat un puseu (testele alimentare nu dau rezultate concludente).

Aportul de sare va fi redus.

Tratamentul medicamentos. Împotriva pruritului: fenobarbital sau prometazină, Feniramină (este probabil că aceasta ar fi singura justificare a folosirii antihistaminicelor la copiii cu eczeme).

Antiseptice intestinale (derivate de oxichinoleină) în disbacterie.

Efectul corticoizilor administrați sistemic, deși spectacular, este trecător și nu justifică decît în mod excepțional pericolele la care se expun copiii.

Vitaminele sînt indicate în măsura în care este necesară suplimentarea alimentației; dozele farmacodinamice nu par să aibă efecte asupra eczemei.

TRATAMENTUL DERMATITEI DE CONTACT

Pentru producerea ei este necesar numai contactul după o sensibilizare anterioară. Sînt incriminate: medicamente, substanțe minerale, coloranți, substanțe conservante, plante.

Tratament: îndepărtarea alergenului, mixturi și medicamente (ca la eczemă) împotriva pruritului.

TRATAMENTUL DERMATITEI MEDICAMENTOASE

Această formă de alergie cutanată a început a fi tot mai frecventă; tabloul polimorf (din care poate face parte și febra) nu este totdeauna repede și just atribuit adevăratei cauze. Poate apărea și în cursul primei administrări, alteori numai după mai multe tratamente (cu același drog sau cu un derivat), deci este o dermatită de contact. La sugarii hrăniți la sîn nu trebuie omisă nici posibilitatea trecerii medicamentului prin laptele matern. Pot fi frecvent incriminate: aminofenazona și derivatele, barbituricele, bromurile, chinina și derivatele, hidantoinele, iodul, mercurul, opiul, penicilinele, salicilații, sulfamidele etc.

Tratament: asemănător celui din dermatitele de contact.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL URTICARIEI

La sugarii peste 6 luni şi copiii mici este mai frecventă sub forma de strofulus, *lichen urticatus*, strofulus bulos, urticaria papuloasă. La copiii mai mari apare ca o urticarie obişnuită şi/sau sub forma edemului Quincke.

Cauze: pe fondul atopiei (mai puţin net ca la eczeme) intervin sensibilizări alimentare, disbacterii, alergeni care acţionează pe piele (insecte, polenuri, mucegaiuri etc.), sensibilizări la medicamente, viermi intestinali (paraalergie?), factori fizici (căldură, frig), efortul muscular şi chiar psihic.

Tratament: eliminarea alergenului; desensibilizare; tratamentul dezechilibrului intestinal; antihistaminicele au efect net, dar trecător; ele sînt foarte eficace în urticaria acută; în formele grave (laringe) ale edemului Quincke sau ale bolii serului se impune corticoterapie (hemisuccinat de hidrocortizon, Urbason solubile sau Supercortisol *i.m.*); împotriva pruritului, tratamentul indicat în eczemă.

TRATAMENTUL VULVOVAGINITELOR

TRATAMENTUL VULVOVAGINITEI GONOCOCICE

La fetiţe se pot constata în frotiul secreţiei vaginale şi alţi diplococi intracelulari, ceea ce poate induce în eroare. Deci este necesar un diagnostic bacteriologic exact.

1. *Internarea în spital este obligatorie.*

2. *Antibiotice.* O cură de 3—4 zile cu penicilină vindecă 90—95% din bolnave; forma utilizată va fi Efitard (un flacon la fiecare 12 ore) sau penicilină cristalizată (300 000—400 000 u. *i.m.*, la fiecare 6 ore); penicilina V sau benzatinpenicilina nu asigură niveluri satisfăcătoare (irigaţia mucoaselor respective este redusă înainte de pubertate).

Pentru copiii alergici la penicilină sau care nu răspund la penicilină, se va utiliza pe aceeaşi perioadă tetraciclina, eventual eritromicină, Pyostacine.

Vindecarea clinică va fi confirmată prin 3 examene bacteriologice, la 3—4 zile interval, după oprirea tratamentului; mai sînt necesare încă trei controale bacteriologice la cîte 20 zile interval.

3. *Toaleta locală*, va fi făcută de 2 ori pe zi. Sulfan sau unguent cu Saprosan pentru zonele excoriate.

4. *Izolarea* bolnavei va fi riguroasă şi va primi pat, rufărie, termometru (infecţia gonococică poate cuprinde şi mucoasa rectală), aparatură pentru tratamentul local, oală de noapte etc. personale.

Se va căuta izvorul infecţiei şi vor fi urmăriţi contacţii din familie sau din colectivitatea de copii.

Copila poate reveni la şcoală sau la colectivitatea de copii după 10—12 zile.

TRATAMENTUL VULVOVAGINITEI MICOTICE

Vulvovaginita provocată de *Candida albicans* la sugarii care nu au primit recent antibiotic cedează prompt la instilarea cu pipeta în fiecare seară a 2—3 ml sol. 0,5% violet de genţiană, timp de 7—10 zile; tratamentul va fi oprit dacă apar semne de intoleranţă locală.

Scanned with OKEN Scanner

La copiii care primesc antibiotice sau care nu s-au vindecat cu violet de genţiană se va folosi 7—10 zile Stamicin *per os* şi instilarea locală a unei suspensii cu 100 000 u. Nystatin/ml.

La fetiţele mari se pot asocia şi spălături locale alcaline (4 g bicarbonat de sodiu/25 g apă).

TRATAMENTUL VULVOVAGINITEI CU *TRICHOMONAS VAGINALIS*

Este rară înainte de pubertate. Infecţia nu se vindecă totdeauna lesne.

Tratamentul de elecţie este Metronidazol, administrat general şi local. Sînt utile şi spălăturile locale cu sol. de acid lactic 0,5% (în afara perioadelor menstruale).

Vindecarea este probabilă cînd sînt negative 3 examene bacteriologice la 1 lună interval.

TRATAMENTUL VULVOVAGINITELOR NESPECIFICE

Acest diagnostic nu poate fi afirmat decît după ce s-au exclus prin examenele bacteriologice necesare infecţia cu gonococi, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*. La unii copii se constată o predominanţă a streptococilor în frotiul vaginal.

Afecţiunea este frecventă, mai ales la prepubertate şi pubertate, la fetiţele mai grase, astenice.

Boala este favorizată îndeosebi de lipsa curăţirii corecte a perineului după defecaţie. Rol determinant sau favorizant au şi corpii străini, masturbaţia, oxiurii, eczemele, constipaţia, diabetul, îmbrăcămintea strîmtă.

Se vor înlătura cauzele citate. Uneori este suficientă toaleta corectă a vulvei, pielii perineului şi a regiunii anale după fiecare defecaţie.

Sînt utile băile de şezut şi spălăturile locale cu permanganat de potasiu sol. 1/1 000, ceai de muşeţel sau infuzie de coajă de stejar. Peste noapte se aplică între labii un tampon cu sol. 10% *liq. aluminii aceti*.

TRATAMENTUL BALANOPOSTITEI

Comprese umede. Dezinfectante (soluţii de *kalium permanganicum*, Rivanol, Bromocet 0,1% sau mercurocrom) vor fi injectate de 2 ori/zi între prepuţ şi gland cu o seringă.

Dacă balanopostita recidivează, la copii cu fimoză se recomandă circumcizie după vîrsta de 3 ani.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL AFECȚIUNILOR SISTEMULUI NERVOS

TRATAMENTUL MENINGITELOR ACUTE CU LICHID CEFALORAHIDIAN CLAR

Nu există o denumire comună satisfăcătoare și o clasificație corectă a acestui grup heterogen.

În cele ce urmează vom schița sumar comportarea terapeutică în meningitele acute — sigur sau probabil virotice.

Diagnosticul etiologic este foarte important, pentru că trebuie înlăturate de la început meningita tuberculoasă, unele meningite purulente la debutul lor sau tratate precoce cu antibiotice (unele meningite purulente cloazonate), abcesul cerebral și tumorile cerebrale (la această bănuială puncția lombară va fi precedată de examenul fundului de ochi), tromboza sinusurilor cerebrale, poliradiculonevrita Guillain-Barré etc. — boli care beneficiază de tratamente specifice sau eficace, cu condiția ca afecțiunea respectivă să fie recunoscută la timp și terapeutica respectivă să fie instituită prompt.

Conduita diagnostică expusă la meningitele purulente va fi întregită cu prelevări de secreții rinofaringiene, materii fecale, L.C.R., sînge pentru identificarea virusurilor și prelevări de sînge la 14—20 zile interval pentru reacția de fixare a complementului (viroze, rickettsioze), ca și alte examene sugerate de boala respectivă.

Clasificația meningitelor cu L.C.R. clar (modificată după Fanconi)

Cauze fizice: puncție lombară, evacuare de L.C.R., encefalografie gazoasă, traumatisme craniene, insolație.

Cauze toxice și alergice: exogene (plumb, CO) și endogene (uremie, comă diabetică), intoxicație exogenă, helmintiaze (ascaridioză), infecții acute (mai ales pneumonii, pielonefrite, tuse convulsivă, gripă, leptospiroze), infecții cronice (tuberculoză, sifilis), boala serului, șocul posttransfuzional, injectarea i.r. de ser de cal terapeutic și de antibiotice, supradozare de vitamină A.

Boli de vecinătate: otită, osteomielită, abces cerebral.

Meningite virotice: primitive (numărul lor scade pe măsura progreselor virologiei) și secundare virusurilor poliomielitice, *Coxsackie*, ECHO; virusul coriomeningitei limfocitare, virusurile urliene, gripal și paragripal, virusul herpetic etc.; de asemenea, mononucleoza infecțioasă, leptospiozele etc.

Examenul complet neurologic general și urmărirea atentă a bolnavului au menirea, printre altele, să depisteze și o eventuală participare encefalitică (și

Scanned with OKEN Scanner

mielitică). Această precizare ni se pare necesară, pentru că aproape toate meningitele de etiologie virotică sînt în realitate *meningoencefalite* și numai semiologia clinică ne permite ca la unii copii să diagnosticăm o simplă meningită, iar la alții o meningoencefalită sau meningoencefalomielită.

Terapeutica poate fi etiotropă și eficientă la unele din meningitele citate, de aceea *investigațiile etiologice* reprezintă primul pas terapeutic.

Tratamentul etiologic va fi instituit imediat la meningitele a căror cauză poate fi atacată specific sau eficace (tratamentul meningitei tuberculoase, penicilină G în meningitele leptospirozelor, paracenteză și antibiotice în otită etc.).

Tratamentul simptomatic este indicat în toate aceste meningite acute, fie că este o meningită cu L.C.R. clar, care beneficiază de o terapeutică etiologică, fie că este o meningită virotică acută de cauză cunoscută, dar fără tratament etiologic și, în sfîrșit, în acele meningite a căror etiologie virotică rămîne probabilă:

— *izolare* (unele meningite virotice sînt contagioase);
— *repaus la pat* în timpul perioadei acute;
— *îngrijirea* generală a bolnavului;
— *împotriva febrei*: loțiuni răcoritoare, împachetări, antitermice (p. 28);
— *vitamine*: C și P (Rutosid);
— *tratamentul retenției urinare.*

Dacă predomină anumite simptome, pot fi utilizate și alte măsuri terapeutice:

— *sedative*: Fenobarbital, hidrat cloral (Hipnogal), bromuri, meprobamat, amobarbital (Dormital);
— *neuroplegice*: clorpromazină (Clordelazin sau Plegomazin), asociată sau nu cu prometazină (Romergan injectabil) și Mialgin (vezi starea de rău convulsivă);
— *antiemetice*: clorpromazină (Clordelazin sau Plegomazin), Emetiral (la copii peste 6 ani);
— rehidratare parenterală cu apă și electroliți, cu proteine (Aminosteril);
— *puncție lombară decompresivă*, la nevoie (5—20 ml).

Evoluția (de aproximativ 3 săptămîni la meningitele acute virotice) este îndeobște favorabilă. Copilul va fi controlat neuropsihic la aproximativ 6 săptămîni după vindecare.

TRATAMENTUL MENINGITELOR PURULENTE

Puncție lombară la orice bănuială de meningită.

Lichidul cefalorahidian — se vor practica următoarele probe: însămînțat și incubat imediat la termostat pentru culturi (meningococul este foarte fragil); se face apoi antibiograma; sedimentul colorat cu Gram și Giemsa după centrifugare; numărătoarea elementelor; reacția Pandy; examene chimice (glucoză, cloruri, albumină) dacă L.C.R. este clar.

Alte examene: *hemocultură*, urocultură, culturi din rinofaringe; hemogramă; V.S.H.; examen de urină; examen otoscopic; radiografie pulmonară; fund de ochi etc.

Trăsăturile clinice ale meningitelor purulente sînt asemănătoare, încît etiologia poate fi precizată numai prin metode bacteriologice.

Tratamentul poate fi corect condus numai în acele unități care pot beneficia de un laborator de calitate.

Scanned with OKEN Scanner

În meningitele purulente, antibioticele se aleg în funcție de germene și de măsura în care străbat bariera meningiană, determinînd o concentrație eficace în L.C.R. Astfel, sulfamidele și cloramfenicolul străbat bine în L.C.R. Sulfamidele ating concentrații importante; ele sînt foarte active asupra meningococului și în mai mică măsură asupra pneumococului, *H. influenzae*, germenilor intestinali.

Cloramfenicolul străbate bine bariera meningiană; este foarte activ asupra *H. influenzae*, germenilor intestinali și adesea asupra stafilococilor.

Penicilina trece slab bariera, difuziunea este mai bună cînd meningele sînt inflamate și se utilizează de aceea doze foarte mari.

Kanamicina, Ampicilina, polimixina, colimicina — au indicații speciale.

Tetraciclinele sînt în general contraindicate în tratamentul meningitelor purulente, deoarece nu ating decît un nivel scăzut în L.C.R., chiar la începutul bolii; după depășirea stadiului acut, tetraciclinele străbat și mai puțin bariera meningiană, ceea ce favorizează recăderile, cronicizarea, sechelele neuropsihice.

În fața unui L.C.R. tulbure se va institui de îndată tratamentul cu doze mari; la început recomandăm asocierea de sulfamide (vezi meningita meningococică) + penicilină (vezi meningita pneumococică) + cloramfenicol (vezi meningita cu *H. influenzae*). Rezultatele examenelor L.C.R. — în coroborare cu evoluția clinică și punctiile rahidiene următoare (prima după 48 — 72 ore) — hotărăsc conduita ulterioară.

Evoluția va fi urmărită:

— după curba termică, starea cunoștinței, clinică (înțepenirea cefei dispare în 3—4 zile);

— după punctiile lombare ulterioare (de obicei la 5 zile); ameliorarea L.C.R. este foarte rapidă în cazurile favorabile, dar se normalizează în mai multe săptămîni; se vor practica punctii săptămînale de control după oprirea tratamentului;

— perimetrul cranian se măsoară la sugari la fiecare 2—3 zile;

— fundul de ochi, dacă pare necesar.

Durata tratamentului este de obicei de 3—4 săptămîni.

Vindecarea integrală nu poate fi afirmată totdeauna la părăsirea spitalului. Uneori se cere pentru aceasta luni (1 an în cazul sugarilor) după ieșirea din spital (unele sechele neuropshihice devin evidente cu timpul).

Meningitele meningogocice sînt cele mai frecvente; urmează în ordine descrescîndă cele determinate de pneumococ și *H. influenzae*, *Esch. coli*, stafilococi și streptococi etc. La nou-născuți domină cele provocate de bacili gramnegativi.

Meningitele cu etiologie plurimicrobiană sînt urmarea otitelor, sinuzitelor și a unor traumatisme craniene.

★

Terapeutica cu antibiotice a meningitelor purulente prezintă multe particularități: specialiștii nu sînt de acord în toate privințele. Aici prezentăm unele date admise de majoritatea specialiștilor (și în stadiul actual al experienței clinice).

Scanned with OKEN Scanner

Meningita meningococică. Prelevări din rinofaringele membrilor familiei sau copiilor din colectivitate, tratarea contacților și purtătorilor de meningococ cu Neoxazol 0,50—1 g (după vîrstă) la fiecare 12 ore, timp de 5 zile.

Boala va fi declarată imediat și bolnavul va fi izolat la spitalul (secția) de boli contagioase (face parte din grupa A).

Sulfamidele sînt antibioticele de elecție. Folosim sulfizoxazol (Neoxazol) în doze de 0,15—0,20 g (la sugarii peste 3 luni)/kg/24 ore (doza zile ise împarte în 6 prize la 4 ore); prima doză va fi egală cu 1/2 din doza de 24 ore. După 7 zile și la copii mai mari se poate scădea la 0,12 g/kg. De urmărit posibilitatea apariției accidentelor caracteristice sulfamidelor.

Penicilina G cristalizată este recomandată de aproape toți sepecialiștii; va fi folosită totdeauna la copiii mici și în formele severe, cu atît mai mult cu cît recent s-au decelat tulpini de meningococi devenite rezistente la sulfamide. Posologia este foarte diferită; în timp ce unii recomandă (la copiii mari și în formele medii) numai 50 000—60 000 u./kg/24 ore (perfuzie continuă *i.v.* sau *i.m.* la 2—3 ore), alții preconizează 500 000 u./kg/24 ore la sugari 350 000 u./kg/24 ore la copii de 1—6 ani și 300 000 u./kg/24 ore la școlari (de obicei în perfuzie *i.v.*); după 3—5 zile se scad dozele și se răresc injecțiile la 6 ore *i.m.* sau (la copii mari) Efitard cîte 2 flacoane la fiecare 12 ore.

Unii specialiști recomandă la aproape toți bolnavii și la început „terapia maximală cu penicilină" 1 mega/kg/24 ore la sugari, 600 000 u./kg/24 ore la 1—6 ani și 500 000 u.kg/24 ore la școlari (*i.v.* sau *i.m.*,la 3—4 ore), singura posologie care ar realiza o bactericidie reală în L.C.R. După 2—(3) zile, aceste doze se scad la jumătate (după alte 2—3 zile se răresc injecțiile la 6 ore), L.C.R. și meningele devenind sterile după primele (24)—48 ore de tratament. La copii mai mari, penicilina cristalizată poate fi acuma (după 6—9 zile) înlocuită cu Efitard, cîte 2 flacoane la fiecare 12 ore.

Penicilina nu se va administra intrarahidian.

Corticoterapie (p. 100, 372).

Formele medii ale copilului mare se vindecă de obicei în 10—(14) zile; în alte cazuri, tratamentul poate dura 3—(4) săptămîni.

Meningita pnumococică. Este mai frecventă la sugari (2/3) și mai gravă (cloazonare rapidă). Se va căuta și elimina focarul provocator (frecvent otită); în 15—30% din cazuri, cauza nu poate fi depistată. În caz de otită, paracenteza este de obicei suficientă și nu este nevoie de antrotomie.

Neînlăturarea sau nedepistarea focarului primar favorizează reaprinderea procesului (curînd după oprirea tratamentului).

Penicilina cristalizată cu posologia terapiei maximale se începe de preferință i.v. Doza inițială se menține, dacă este posibil, 8 zile.

Sulfamidele (Sulfizol) se asociază de majoritatea autorilor și în cele mai multe cazuri (doze, ca mai sus).

Nu se vor folosi tetraciclinele (antagonism cu penicilina în această localizare pneumococică).

Puțini recomandă asocierea cortizonului; aportul acestuia nu este încă precizat.

Tratamentul durează 3 săptămîni în formele cele mai favorabile.

Complicațiile, ca și sechelele neuropsihice sînt însă deosebit de frecvente. Tratamentul precoce și corect poate să scadă mortalitatea și sechelele.

Scanned with OKEN Scanner

Meningita cu H. influenzae (frecventă la sugari și copii mici). Cloramfenicolul este antibioticul de elecție. Menținem 14 zile doza inițială de (50)-100 mg/kg/24 ore la sugarii peste 1 lună și 50 mg/kg/24 ore la cei mai mari. În primele zile poate fi necesară calea parenterală. Ampicilina este de asemenea foarte activă asupra acestui germene; nu este încă clar dacă străbate la fel de bine bariera hematonevraxială.

Sulfamidele sînt constant asociate (doze ca mai sus).

Tratamentul va fi continuat cel puțin 7—10 zile după ce s-a normalizat temperatura.

Complicații, sechele: sînt întrucîtva la fel de dese ca la meningita pneumococică.

Meningitele colibacilare (și cu alți germeni intestinali) sînt întîlnite aproape numai la nou-născuți (50% la prematuri); au o simptomatologie redusă.

Tratamentul este încă nesatisfăcător (probleme legate de vîrstă, cloazonare, eficacitatea și administrarea antibioticelor, ca și de puncția rahidiană la această vîrstă), de aceea mortalitatea este mare, între 50 și 75%. Antibioticul de elecție este kanamicina 15 mg (n.n.)—30 mg/kg/24 ore (în 2 injecții i.m., la 12 ore interval). În caz de rezistență, se va folosi polimixina *i.m.* Ambele sînt bactericide și eficace la 95% din tulpini. Polimixina poate fi folosită și *i.r. Meningitele salmonelozice* (Silvia Bruckner, *Pediatria*, 1968, nr. 1) survin la sugari și copii sub doi ani, chiar în absența unui episod digestiv. Tratament inițial: cloramfenicol, Ampicilină.

Meningitele cu Pseudomonas aeruginosa. În secțiile de nou-născuți sau sugari pot surveni în cadrul unor mici epidemii. Cercetări bacteriologice la contacți (rinofaringe, fecale etc.), în rufe etc. Trăsături comune cu cele colibacilare. Tratament după antibiogramă, de obicei polimixină *i.m.* și *i.r.* (sau colimicină *i.m.* și polimixină *i.v.* sau Pyopen *i.m.* și polimixină *i.v.*).

Meningitele streptococice și stafilococice sînt de obicei provocate de o supurație cefalică (otite, sinuzite), deci se impune și rezolvarea locală a focarului. Tratamentul meningitei streptococice: la început ca la meningită pneumococică, apoi după antibiogramă. Tratamentul meningitei stafilococice: vezi septicemia stafilococică.

Meningitele purulente cu germeni neidentificați la copii peste (4)—6—(8) săptămîni (aproximativ 10%); această situație poate fi urmarea unor insuficiențe tehnice de laborator privind examenul L.C.R. de la prima puncție rahidiană. Dacă istoricul bolii sau particularitățile epidemiologice și clinice nu ne sugerează etiologia și dacă nici germenul nu a fost izolat, asocierea inițială de trei antibiotice (penicilină + sulfizol + cloramfenicol) va fi menținută 8—10 zile în dozele maxime; dacă L.C.R. arată acum o ameliorare spectaculoasă, se scade posologia antibioticelor (penicilina mai devreme?), iar cloramfenicolul va fi administrat *per os*. Dacă tabloul clinic inițial a impus preparate cortizonice, dozele se scad progresiv, dar repede. Dacă ameliorarea este mai puțin netă, se adaugă alt antibiotic și se introduce (sau se continuă) preparatul cortizonic.

Tratamentul cu antibiotice se continuă pînă la normalizarea L.C.R. (4 săptămîni cel puțin); după aceea, control săptămînal al L.C.R., timp de o lună.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul general al meningitelor purulente (vezi și tratamentul simptomatic al meningitelor cu L.C.R. clar). Lumină redusă și liniște în cameră. Pungă cu gheață pentru cefalee la cei mari. Îngrijirea pielii (escare!). Alimentația la început parenterală (Aminosteril), eventual cu sonda; cît de curînd pe gură, concentrată cînd apare apetitul (lapte, zahăr, ou); la sugari, lapte de femeie și preparate bogate în proteine *(babeurre* Czerny-Kleinschmidt). Dacă există deshidratare: perfuzie cu 1/3 ser fiziologic și 2/3 sol. glucozată 5%. Pentru dureri, febră: acid acetilsalicilic, amidopirină, Algocalmin, pentru agitația importantă, convulsii: Romergan *i.m.*, hidrat cloral, fenobarbital. Analeptice în colaps. Tratamentul retenției urinare (frecventă la adolescenți).

Tratamentul complicațiilor. Acestea sînt provocate în prezent mai ales de tratamentele „oarbe" (cînd nu s-a identificat germenul) de tratamentele începute tardiv, prea scurte, sau cu doze prea mici; în sfîrșit poate fi de vină și germenele *(rezistență la antibiotice* — stafilococii, colibacilii*)* sau *cloazonare rapidă* (pneumococul, *H. influenzae*, *Ps. aeruginosa*, colibacilii).

Hematomul subdural și blocajul impun examene și tratamente în servicii bine utilate, în colaborare cu neurochirurgul.

Recăderea: greșeală de tratament, focar parameningian: otită, sinuzită, abces cerebral (EEG).

Recidivă: greșeală de tratament, se poate suspecta o fractură a lamei ciuruite a etmoidului (tratament neurochirurgical).

Meningitele purulente la nou-născuți. Sînt provocate de obicei de bacili gramnegativi. Deși simptomatologia este săracă și destul de necaracteristică, boala este foarte gravă, prezentîndu-se adesea ca o *septicemie cu meningită.* Se va practica puncția lombară la orice nou-născut suspect de septicemie sau care a avut convulsii.

Cloazonarea unor meningite este atît de rapidă încît puncția lombară — chiar executată precoce — nu precizează diagnosticul, deși meningele din regiunea cerebrală sînt deja sediul unei meningite.

Tratamentul va fi cel arătat mai sus.

TRATAMENTUL ENCEFALITELOR ACUTE (MENINGOENCEFALITELE ȘI ENCEFALOMIELITELE ACUTE)

Encefalitele acute (sau encefalomielitele acute și meningoencefalitele acute) sînt *boli rare.*

Diagnosticul diferențial general al encefalitelor acute (după vîrstă, anamneză, formă clinică, examen clinic și teste paraclinice, evoluție) se face cu :

1. *encefalozele circulatorii ale sindroamelor maligne, encefalopatiile vasculare, creieru hemodinamic* — care simulează encefalita și au fost mult timp considerate ca atare. Ele sînt provocate de dezechilibrul hidric, electrolitic și proteic din unele boli infecțioase (difterie, febră tifoidă, botulism), boli eruptive, sindroame toxice, toxicoză, otite, pneumonopatii acute, pielonefrite etc.), uremie, acetonemie (A. Manu, *Pediatria*, 1964, nr. 6), fiind favorizate și de vîrsta mică, dizencefalia, distonia vegetativă;
2. *tromboflebitele cerebrale*;
3. traumatismele craniene;
4. traumatismele obstetricale;
5. abcesul cerebral;

Scanned with OKEN Scanner

6. tumorile cerebrale acute;
7. răsunetul cerebral al unei intoxicații;
8. coreea.

Tabloul clinic al unei encefalopatii acute de aspect primitiv cuprinde:
— rare encefalite acute;
— tromboflebite și mai rare;
— encefalopatii acute cu o patogenie nedeterminată, care reprezintă de departe cauza cea mai frecventă a tabloului clinic de encefalopatie acută (St. Thieffry și J. Cohen-Solal, *Revue du Praticien*, 1966 nr. 4).

Etiologie. A. Encefalitele virotice acute sînt provocate de: *a)* virusuri neurotrope (ca encefalita de căpușe) și *b)* virusuri al căror neurotropism nu este obligatoriu (grupul psittacoză-limfogranulomatoză, herpes, virus urlian, enterovirusuri ca virusurile *Coxsackie*, ECHO etc.). La această ultimă categorie pot fi atașate și formele encefalitice ale bolii Heine-Medin („în cursul cărora lezarea periferică a motricității nu este obligatorie și nu constituie în nici un caz elementul dominant al bolii" — St. Thieffry).

B. Encefalitele secundare postinfecțioase, postvaccinale (leucoencefalite): rujeolă, varicelă, rubeolă, gripă, exantem subit (?), copii vaccinați cu *vaccin antivariolic* sau antirabic.

La copii mici se observă uneori un tremor cerebral sau o *ataxie cerebeloasă acută*, în cursul varicelei (mai rar după infecții gripale). Deși nu este admisă de toți ca o adevărată encefalită, ataxia acută poate fi totuși încadrată între encefalite.

Prognosticul este bun, iar tratamentul simptomatic.

Tratamentul patogenic și simptomatic al encefalomielitelor acute este de maximă importanță, pentru că nu dispunem de o terapeutică specifică. Numai virusurile din grupul psittacoză-limfogranulomatoză (encefalitele de această etiologie sînt foarte rare) arată sensibilitate la tetracicline, cloramfenicol și sulfamide.

Tratamentul simptomatic. La bolnavii de encefalită se impune o îngrijire permanentă și atentă, ca și o supraveghere a funcțiilor vitale și a simptomelor bolii (respirația, pulsul și tensiunea arterială vor fi controlate zi și noapte).

Adevăratul tratament al encefalitelor acute nu se bazează pe medicamente, ci constă dintr-un ansamblu de măsuri și îngrijiri minuțioase („a căror supraveghere și responsabilitate revine în mare parte personalului mediu" — R. Bastin și F. Verliac).

Repaus absolut (în cameră izolată, dacă este posibil).

Alimentație lichidă sau semilichidă, bogată în hidrați de carbon la început; o dată cu ameliorarea se pot adăuga: gălbenuș de ou, pireuri, kissel de fructe, smîntînă, brînză de vaci etc.; în caz de comă, alimente semilichide prin sondă nazală.

Sînt importante schimbarea frecventă a poziției în pat, o atentă îngrijire a pielii (prevenirea escarelor), urmărirea diurezei (retenție urinară) și a funcțiilor digestive.

Unele simptome impun o terapeutică deosebită:

Hipertermia: Acid acetilsalicilic, loțiuni și împachetări, Plegomazin + + Romergan + Mialgin la nevoie.

Scanned with OKEN Scanner

Insuficiența respiratorie: căile respiratorii pot fi menținute libere prin drenaj postural și aspirații frecvente cu un cateter subțire de polietilen sau sondă Nélaton; oxigen și traheotomie la nevoie.

Deshidratarea provocată de vărsături sau comă: rehidratarea parenterală, acizi aminați (Aminosteril).

Edemul cerebral (care se exteriorizează prin variate simptome): 10–20–(40) ml sol. glucozată hipertonică 20—30% × 1—2/zi (poate provoca un nou puseu de hipertensiune intracraniană la 5—6 ore după injecție); sulfat de magneziu, preparate cortizonice sau ACTH. Hipertensiunea intracraniană beneficiază de puncții lombare decompresive 10-20-30 ml. Pot fi utile perfuziile cu uree. Vitaminele C [0,50—1 g/24 ore și P (Rutosid) sînt recomandabile pentru rolul lor capilarotrofic].

Agitația marcată și tulburările somnului: sînt favorabil influențate de hidrat cloral (fenobarbitalul deprimă în mai mare măsură centrii respiratori). Preferăm forma Hipnogal.

Convulsii: Fenobarbital.

Paraliziile: vor fi tratate cu mișcări pasive, o poziție funcțională favorabilă a segmentului respectiv pentru a evita retracțiile tendinoase sau atrofia musculară; vom prescrie vitamină B_1 și B_{12}. Se vor intensifica schimbările de poziție și îngrijirile pielii. În convalescență se începe masajul și reeducarea, care reduc importanța sechelelor motorii.

Complicațiile bacteriene (pulmonare, pielonefritice etc.): după caz.

Tratamentul patogenic. *a)* Nu există o experiență suficientă asupra eficacității preparatelor cortizonice și a ACTH. Deși acestea pot interfera cu mecanismele imunitare și rezultatele clinice sînt modeste, majoritatea specialiștilor înclină totuși să le recomande: ACTH în perfuzie *i.v.*, cîteva zile; după ameliorare, Prednison 2 mg/kg/24 ore, timp de cel puțin 1—2 săptămîni. Indicația este absolută în meningoencefalita nou-născutului provocată (de obicei) de enterovirusuri.

b) γ — globuline sol. 10% 0,3—0,5 ml/kg (rezultate neconcludente).

c) Transfuzii cu sînge proaspăt (sau conservat).

d) Antihistaminice (rezultate nule).

Tratamentul encefalitelor secundare postinfecțioase și postvaccinale are unele particularități. În afara măsurilor descrise mai sus, menționăm că mecanismele neuroalergice incriminate în aceste encefalomielite impun corticoterapia (ca mai sus). Se poate asocia fenilbutazonă, γ — globuline, antihistaminice.

Numai corticoterapia pare să asigure rezultate favorabile atît în cea ce privește prognosticul *quoad vitam*, cît și frecvența sechelelor. γ — Globulinele sînt indicate mai ales în encefalita postrujeolică. Serul de convalescent i.m. este de asemenea apreciat (40 ml/prima zi, 20 ml/zi în următoarele zile). Serul de convalescent este indicat și în meningoencefalita urliană.

Tulburările neurologice care apar în cursul unei boli bacteriene nu au o patogenie clară. Cele mai frecvente sînt în *tusea convulsivă* și par determinate mai curînd de o encefalopatie cu modificări degenerative și circulatorii în sistemul nervos central decît de o encefalită. La tratamentul expus aici se vor adăuga antibiotice ca tetraciclina sau cloramfenicolul.

Scanned with OKEN Scanner

Profilaxia encefalitelor acute: modificarea terenului la copii alergici, distonici vegetativi, dizencefali; vaccinările profilactice uzuale la timp, cu respectarea strictă a contraindicaţiilor (de moment sau permanente), pentru vaccinul antivariolic (şi antipertussis); γ — globuline pentru atenuarea rujeolei, infecţiei urliene şi varicelei la copii sub 3 ani, contacţi cu bolnavi de aceste boli.

Tratamentul sechelelor encefalitelor acute (vezi terapeutica encefalopatiilor p. 235).

TRATAMENTUL COREEI ACUTE SYDENHAM

Localizare nervoasă a reumatismului Bouillaud (R.B.), coreea acută este o encefalită neuroalergică caracteristică. Etiopatogenia nu este însă totdeauna la fel de clară. Tendinţa spontană este spre vindecare; în 1/3 din cazuri apar însă recidive.

a) Reumatismul Bouillaud este cauza evidentă a coreei, care apare în cursul unui puseu acut sau la copii care au avut atacuri anterioare de reumatism.

b) Unele corei acute apar însă la copiii indemni de R.B.
Fie că o considerăm prima şi singura (pentru moment) manifestarea unui reumatism, fie că incriminăm altă etiologie, conduita va fi următoarea: chiar dacă lipseşte noţiunea unei infecţii streptococice anterioare şi titrul ASLO este mic (V.S.H. joasă nu înlătură suspiciunea de R.B. în coree) vom trata totuşi bolnavul cu penicilină ca în reumatism, vom recomanda linişte, cameră izolată şi întunecoasă, repaus la pat, tratamentul mişcării coreice (corticoterapia nu influenţează în mod evident procesul neuroalergic). Vom urmări atent inima, celelalte semne clinice şi teste paraclinice de activitate reumatică.

Dacă etiologia reumatică nu poate fi dovedită în cursul evoluţiei sau în lunile următoare, vom indica amigdalectomia în funcţie de aspectul local al amigdalelor şi/sau frecvenţa anginelor în antecedente.

c) La unele encefalite acute se observă şi mişcări coreice. Aceste cazuri depăşesc limitele coreei acute.

TRATAMENTUL EPILEPSIEI

Variatele forme, etiologia atît de diferită şi substratul EEG neuniform demonstrează că acest termen corespunde astăzi unui *sindrom*. Instituirea unei *terapeutici eficace* presupune un *diagnostic corect*.

Pentru aceasta sînt necesare date de fiziologie a sistemului nervos central al copilului, cunoaşterea tuturor cauzelor care pot produce convulsii la copilul în creştere, o anamneză corectă cu *descrierea amănunţită a crizei*, examenul clinic general şi neurologic, ca şi examene paraclinice. Acestea vor cuprinde: examene sanguine (hemogramă, V.S.H., glicemie pe nemîncate, calciu şi fosfor, reacţii serologice pentru sifilis, toxoplasmoză etc.); examen sumar al urinii, radiografii de faţă şi profil ale craniului; EEG; examenul fundului de ochi.

Dacă acest ultim examen permite: puncţie lombară cu examene citologice şi chimice, reacţii pentru sifilis.

Scanned with OKEN Scanner

Examene mai deosebite (puncția subdurală, pneumoencefalografie, arteriografie etc.), după consult cu neurologul, neurochirurgul, dacă datele sugerează un proces morbid care ar impune atare probe.

Tratamentul etiologic. Dacă s-a putut depista o neoformație, un abces, un hematom etc., *tratamentul cauzal* reprezintă o *urgență*. Deși epilepsiile simptomatice sînt mai frecvente decît cele idiopatice, totuși, multe cazuri (sechelele traumatismelor obstetricale etc.) nu pot fi atacate etiologic. Deci, aceste cazuri vor fi tratate la fel ca o epilepsie idiopatică.

Principii de terapeutică medicamentoasă. În literatura medicală nu există încă o linie unitară în această privință. Totuși, se pot prezenta cîteva principii admise de specialiști:

— Tratamentul va fi *instituit imediat* după prima criză convulsivă, a cărei etiologie nu poate fi determinată sau care nu poate fi tratată etiologic. Epilepsia netratată sau rău tratată determină modificări durabile ale comportamentului, demență.

— *Fiecare formă clinică răspunde la anumite medicamente.* Este adevărat că unii bolnavi pot prezenta alternativ diferite forme clinice, ceea ce îngreuiază terapeutica.

— Posologia anticonvulsivantelor se caracterizează prin strictă *individualizare: doza optimă pentru un bolnav este aceea care evită crizele și nu perturbă comportamentul normal al copilului.*

Începem cu un singur medicament, cel mai puțin toxic dintre cele indicate în forma clinică respectivă.

— Începem cu *doza cea mai redusă* pentru vîrsta respectivă; posologia va fi apoi progresiv urcată la 1-(2) săptămîni pînă ce dispar crizele.

— Primul medicament va fi încercat pînă la limita superioară terapeutică permisă și tolerată. El va fi înlăturat numai dacă face dovada unei totale lipse de eficacitate.

— Dacă apar efecte colaterale minore, cînd boala încă nu este stăpînită, se scade doza și se asociază un alt medicament teoretic indicat în forma clinică respectivă. Se poate introduce la nevoie și al treilea medicament.

— *Asocierile pot fi mai eficace decît fiecare medicament izolat.*

— Bolnavul va lua medicamentele în fiecare zi, fără nici o pauză. Doza zilei se împarte în 3—4 prize.

— Medicamentul (sau combinația) eficace va fi menținut la aceeași posologie *cel puțin 3—4 ani* după ultima criză, cu control EEG la 6—12 luni. Oprirea tratamentului se face foarte încet; vom scădea treptat dozele în decurs de 6-12(24) luni.

— Înlocuirea unui medicament cu altul se face și ea treptat, în 1—(2) luni.

— Medicația semieficace, oprirea bruscă a tratamentului pot provoca o nouă criză sau chiar starea de rău epileptică.

— Toate medicamentele anticonvulsivante pot determina *incidente* și *accidente* la scurt timp sau mai tîrziu după introducerea lor; sînt de reținut și efectele lor paradoxale. Medicul trebuie să cunoască foarte bine *farmacologia* acestor substanțe și *să prevină* pe părinți asupra simptomelor care pot apărea la medicamentul (medicamentele) respectiv, iar părinții trebuie să le comunice imediat medicului care va decide.

Scanned with OKEN Scanner

În încheiere repetăm un principiu de bază: vom căuta să obținem rezultate optime cu medicamentul (medicamentele) cel mai puțin toxic, chiar dacă nu este teoretic cel mai activ.

TRATAMENTUL FORMELOR CLINICE

Crizele majore *(grand-mal), crizele motorii minore, crizele focale, epilepsia temporală și echivalențele epileptice:* Fenobarbital, hidantoină, primidonă, bromuri, după principiile expuse mai sus.

Începem cu fenobarbital, pentru că acesta rămîne antiepilepticul cu cea mai largă sferă de activitate, cu mare probabilitate de eficiență și cu *toxicitatea cea mai redusă*. Începem la limita inferioară a dozelor citate și urcăm treptat pînă la doza eficace. Asociem o hidantoină (Etotoin sau Fenitoin), dacă rezultatele sînt mediocre la doza maximă terapeutică sau la doza tolerată de copil. Renunțăm la fenobarbital numai în caz de totală ineficacitate; bolnavul va primi în acest caz primidonă sau o hidantoină.

Asocierea fenobarbital + hidantoină (Etotoin sau Fenitoin) are însă succese în marea majoritate a acestor forme clinice.

Dacă fenobarbitalul are o acțiune nesatisfăcătoare, se poate asocia brom. Aceasta mai ales la crizele majore și la crizele motorii minore (ultimele răspund cel mai greu la medicația antiepileptică).

Primidona (Sertan, Majsolin), înrudită cu fenobarbitalul, dă adeseori rezultate bune la aceste forme clinice. Unii o recomandă mai ales în crizele majore, focale și psihomotorii. Dozele mari favorizează somnolența, de aceea folosim doze mijlocii și asociate cu fenobarbital. Nu recomandăm asocierea cu o hidantoină, deoarece se sumează efectele toxice. Începem tratamentul cu doze mici și putem crește posologia la cîte două săptămîni în cadrul toleranței produsului.

Ederen sau Nefrix, Ufrix pot fi asociate cu folos.

Spasmul în flexiune, formă particulară a crizelor motorii minore, este greu influențabil terapeutic. Tratamentul va fi cît mai precoce, pentru a minimaliza sechelele psihice care se instalează constant (95%), rapid și sînt foarte grave.

Se va începe cu o cură de ACTH în spital, timp de cîteva săptămîni pînă la cîteva luni. Efectele pot fi spectaculare, dar sînt trecătoare; se va repeta cura în caz de recidivă. Medicația antiepileptică de fond este fenobarbitalul sau Primidona, deși probabil ineficace. Vaccinările uzuale provoacă agravări sau recidive.

Accesele de „petit-mal" sînt bine influențate de trimetadionă (Trepal); toxicitatea ei trebuie avută în vedere, pentru că tratamentul este lung. De aceea se poate începe tratamentul numai cu sulfat de amfetamină (Benzedrin); în caz de eșec sau intoleranță, sîntem obligați să facem apel la trimetadionă.

Specialiștii sînt împotriva tratamentului exclusiv cu amfetamină sau trimetadionă în *petit-mal,* pentru că s-a observat apariția de crize majore la vîrsta pubertății și adolescenței, deși micul rău era bine influențat de trimetadionă. De aceea, recomandăm în *petit-mal* un tratament de probă cu fenobarbital; dacă este bine tolerat și nu se îndesesc crizele, se asociază amfeta-

Scanned with OKEN Scanner

mină. Dacă aceasta este ineficace folosim Trepal. Dacă fenobarbitalul nu este tolerat sau se îndesesc crizele, se încearcă la fel cu hidantoină. Prin urmare, vom folosi întotdeauna *o asociere:* fenobarbital (antiepileptic pentru crizele majore) + amfetamină sau trimetadionă (pentru micul rău).

Prevenirea și combaterea factorilor favorizanți ai crizelor

Anumite împrejurări favorizează la unii copii apariția crizelor (unele tipuri de crize).

Emoțiile (teama, anxietatea, neliniștea etc.) pot fi des incriminate, mai ales la adolescenți.

Somnul. La crizele care apar noaptea (epilepsia morfeică) vom recomanda 3 prize egale de fenobarbital: la orele 12—13, 18—19 și 21—22. Dacă criza apare în prima parte a nopții și continuă să apară la posologia respectivă, vom crește doza a II-a; la fel doza a III-a pentru crizele din ultima parte a nopții. Această creștere a dozei respective se face treptat, pînă ce nu mai apare criza sau pînă ce am ajuns la doza maximă tolerată.

Crizele nocturne pot fi favorizate și de somnolența provocată de fenobarbital. Kreindler recomandă în acest caz o singură priză seara de fenobarbital (30 minute înainte de culcare); sau fenobarbital 0,10 g + cafeină 0,03—0,05 g; sau fenobarbital 0,15 g + Benzedrin 0,002 g și dimineața hidantoină.

Menstruația. Crizele care apar la această epocă sînt greu influențabile; creștem doza în timpul, ca și în cele 3 zile care preced și urmează ciclul. Acetazolamida pare să fie un bun adjuvant, administrată cu 3—4 zile înainte de ciclu.

Mediul. Greșelile de comportament și în general erorile de educație a părinților, familiei, personalului din colectivitatea de copii pot influența defavorabil frecvența crizelor.

Constipația și sindroamele alergice par să favorizeze crizele.

Medicamentele anticonvulsivante și adjuvante

Fenobarbital. P.o. I: 0,03—0,06 g/zi; II: 0,06—0,10 g/zi; III: 0,10—0,30 g/zi (cu asocieri: 0,10—0,20 g/zi); de împărțit în 3—4 prize. *I.m.*: p. 234. Dozele mari predispun la somnolență (scade cu timpul), scăderea capacității de percepție, atenție, memorie și pot scădea randamentul școlar. Dozele obișnuite pot produce iritabilitate și neliniște la copiii preșcolari. Accidente: p. 302.

Fenitoin: p. 301.

Etotoin: p. 299.

Majsolin sau *Sertan* (primidonă): p. 328.

Trepa l: p. 410.

ACTH: p. 257.

Brom: dozele folosite curent în terapeutică pot produce accidente (deși rar la copii), cînd sînt administrate vreme îndelungată, ca în epilepsie. Reducînd cît mai mult NaCl din alimentație, vom putea obține efecte terapeutice cu doze mai mici (în asociere cu fenobarbitalul).

Scanned with OKEN Scanner

Doza inițială: 0,30 g bromuri × 2 (sub 6 ani) — 3 (peste 6 ani)/zi și se poate urca treptat (după toleranță) pînă la 0,30 g × 3 (sub 6 ani)/zi și 0,60 g × 3 (peste 6 ani)/zi. *Rp. Calcium bromatum, Kalium bromatum, Natrium bromatum āā* 2 g, *Aqua destill.* 70 g, *Sirupus aurantii corticis* 30 g; 1 linguriță = = 0,30 g amestec de bromuri. Deși copiii suportă bromul mai bine decît adulții, sînt mari variații de toleranță. În caz de accidente, bromul poate fi oprit brusc. Accidentele sînt mai frecvente la dozele de 0,20 g/an de vîrstă /zi și mai rare la dozele recomandate aici.

Benzedrin (sulfat de amfetamină), comprimate a 0,003 g. Este utilizat după unii în *petit-mal*, singur sau asociat cu Trepal, sau în crizele majore pentru a combate somnolența dată de fenobarbital sau în epilepsia morfeică.

Doza zilei variază între 5 și 15 mg/zi la copii între 3 și 15 ani (în 2—3 prize); se începe cu 4—5 mg/zi și se poate urca treptat pînă la efectul dorit, după vîrstă și toleranță, pînă la doza totală de 6—9 mg/zi (2—3 compr./zi) la preșcolari și 12—15 mg/zi (4—5 compr./zi) la școlari.

Accidente: anorexie, agitație, iritabilitate crescută, labilitate emoțională sau somnolență profundă.

Dacă insomnia și anorexia sînt minore, aceasta nu constituie un motiv de oprire a medicației, deoarece dispar de obicei după 3—4 săptămîni.

Napoton este un bun adjuvant al crizelor majore.

Meprobamat (compr. a 400 mg) poate fi încercat ca adjuvant la unii bolnavi; este ineficace în accesele majore și psihomotorii. Dozele variază de la 200—400 mg × 3/zi la copilul sub 6 ani și 400 mg × 2—4/zi la copilul peste 6 ani.

Ederen (acetazolamida) sau *Nefrix*, *Ufrix* pot fi adjuvante prețioase în unele crize majore, psihomotorii și mai puțin în absențe. Ederenul acidifică și deshidratează; este mai puțin utilizat în ultimul timp: minimum 1/2 — maximum 1 compr. × 3/zi sub 6 ani, 1 compr. × 2—3/zi peste 6 ani (compr. a 0,25 g), timp de 1—3 zile/săptămînă.

Nefrix sau *Ufrix* (deshidratează): o zi/săptămînă.

Fenilacetilureea nu este recomandată din cauza frecventelor și gravelor accidente pe care le poate provoca.

Accidentele medicației anticonvulsivante. Frecvența mare a epilepsiei (1/2 000 oameni), necesitatea unui *tratament regulat și lung*, eficiența *tratamentelor corect conduse, semnificația socială* a acestei probleme sînt realități de care trebuie să țină seama ca și de *varietatea și frecvența* accidentelor medicației anticonvulsivante.

Se admite că aproximativ 40% din indivizii tratați timp îndelungat cu medicamente anticonvulsivante prezintă complicații benigne și aproximativ 5% pot avea o complicație severă. Acest risc nu trebuie să determine însă o reținere terapeutică la o boală care are consecințe grave, dacă este netratată sau incorect tratată. Medicul va căuta să aplice consecvent principiile de terapeutică medicamentoasă expuse mai sus, fiind atent la incidentele și accidentele care pot surveni.

Am expus aceste efecte secundare atît în acest capitol, cît și la fiecare medicament în parte. Redăm după F. Martin un tabel rezumativ privind toxicologia medicamentelor antiepileptice.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 12

Toxicologia medicamentelor antiepileptice

Tipul complicaţiilor (patogenie)	Localizare: organe sau sisteme (anatomice)	Definiţia cîtorva sindroame (clinică)
1. *Complicaţii toxice* (dependente de supradozaj şi durata tratamentului)	Creier	Slăbirea capacităţii de eficienţă intelectuală. Sindromul de prostraţie (F, Ft, Pr, T)
	Cerebel	Ataxie (Ft)
	Sistem nervos periferic	Polineuropatii cu areflexie şi hipotonie
	Retină	Hemeralopie. Slăbirea puterii discriminative a culorilor
	Sistem vasomotor	Cefalee. Frilozitate
	Stomac	Dispepsii. Gastralgii
	Alte tulburări	Tulburări hepatice şi digestive cronice. Alteraţii banale ale formulei sanguine. Scăderea apărării antiinfecţioase. Hipomotilitate generală Hiposecreţii. Disendocrinii (corticosuprarenală: Ft)
2. *Complicaţii toxicoalergice* (independente de doze)	Piele, mucoase şi fanere	Dermatită buloasă sau exfoliativă (Ft) Alergo- şi toxicodermii (F, T, E) Edeme angioneurotice (F) Gingitivă hipertrofică (Ft, F, E?) Alopecie (T). Hipertricoză (Ft)
	Măduva oaselor, sînge şi sistem limfatic	Agranulocitoză (T). Trombocitopenie (T). Anemie aplastică (T) şi megaloblastică (H, Pr). Leucopenie (Pr, T). Adenopatii (Ft)
	Ficat şi rinichi	Hepatopatie toxică (Ft). Nefrită interstiţială (T). Nefroză (T)
	Mezenchim	Lupus eritematos (Ft). Periarterită nodoasă (Ft).
	Muşchi, articulaţii	Mialgii şi artralgii (Pr, T)
3. *Complicaţii „funcţionale"* (dependente de doze şi de dinamica sindromului epileptic)	Creier: a) epilepsie	Alterarea tipului epileptic (T). Agravarea ei. Generalizarea unei epilepsii focale. Starea de rău epileptică (medicaţie semieficace).
	b) psihism	Perturbarea sferei mintale cu regresiune afectivă şi tulburări de caracter. Adinamie şi dezinhibiţie cu reacţii violente paradoxale (F). Stare de prostraţie (F, Ft, Pr)

F = Fenobarbital, Ft = Fenitoin, E = Etotin, Pr = Primidonă, T = Trimetadionă

Accidentele cele mai probabile la antiepilepticele majore:

—Fenobarbital (rar): somnolenţă (iritabilitate la preşcolari); erupţii cutante (foarte rar); febră;

— Fenitoin: gingivită hipertrofică; tulburări psihice; tulburări neurologice (ataxie, diplopie, nistagmus); erupţii şi febră; greaţă şi vărsături; hipertricoză (inhibarea eritropoezei);

— Etotoin: erupţii cutante;

— Primidonă: somnolenţă, ataxie; erupţii cutante; tulburări psihice; leucopenie;

— Trimetadionă (destul de frecvent): erupţii; leucopenie şi agranulocitoză; fotofobie; agitaţie sau somnoleanţă; leziuni renale.

Scanned with OKEN Scanner

Măsuri generale și dietetice

Program ordonat pentru joc, școală, lecții; se va aplica un ritm favorabil veghe-somn. Copiii vor fi feriți de accidente; vor merge însoțiți pe stradă, baie sub supraveghere; nu au voie să practice înotul, bicicleta, cățărarea etc.

Dieta cetogenă ar fi singura măsură terapeutică eficace în crizele motorii minore.

Tratamentul chirurgical

Intră în discuție numai dacă toate celelalte măsuri dau greș. Excizia chirurgicală a focarului epileptogen constituie numai un timp al terapeuticii complexe, care va fi continuată cel puțin 4 ani după operație.

Tratamentul convulsiilor la copiii epileptici

a) Convulsiile epileptice. Copilul va fi culcat întins, ferit de corpuri tari, apă și foc; i se va desface imediat îmbrăcămintea ca să nu-l strîngă, se poate pune un prosop între dinți ca să nu-și muște limba

De obicei, accesul cedează de la sine în cîteva minute și nu este necesar alt tratament. Dacă convulsiile durează peste 5 minute fenobarbital *i.m.* (p. 234); în spital se poate folosi anestezia ușoară cu eter prin metoda măștii deschise: în majoritatea cazurilor ajung cîteva picături (asociat eventual cu oxigen). Dacă atacul durează peste 40 minute: tratamentul stării de rău convulsiv.

b) Un epileptic poate avea convulsii provocate și de alte cauze (febră, meningită, pseudouremie eclamptică, traumatism cranian etc.).

Pentru *asistența medico-socială* a copilului epileptic (încadrarea în familie, școlarizarea copilului epileptic, orientarea profesională, ca și pentru toată problema epilepsiei) vezi „Epilepsia infantilă" de A. Kreindler, E. Crighel și I. Stoica, Ed. Academiei R.S.R., București, 1960.

Starea de rău convulsivă

Crizele care durează cîteva ore produc modificări cerebrale ireversibile de mare gravitate sau moartea.

Diagnostic etiologic: a) comițialitate cunoscută; starea de rău este de obicei determinată de oprirea intempestivă a medicației sau de o posologie semieficace cu care crizele se răresc dar potențialitatea epileptogenă incomplet controlată determină — prin efect cumulativ — descărcări subintrante neașteptate și dramatice (sînt posibile și boli supraadăugate);

b) traumatism cranian necunoscut;

c) absorbție de toxice.

Probleme dificile pun crizele subintrante cu febră, care apar primitiv sau în cursul unor infecții cunoscute: pe lîngă encefalită trebuie pusă problema convulsiilor prin hipertermie, prin anoxie în cursul unei bronhopneumonopatii, alcaloză prin hiperpnee, flebită cerebrală, tulburări metabolice diverse etc. Se vor practica examenele paraclinice impuse de caz.

Urmărirea evoluției și prognosticul pot fi judecate prin: temperatură (normală, joasă sau ridicîndu-se secundar), puls și tensiune arterială și mai ales respirație (ritmul respirator, amplitudinea și îndeosebi obstrucția căilor respiratorii superioare și inferioare).

Scanned with OKEN Scanner

Indiferent de etiologie:

— tratamentul are cu atît mai mult succes, cu cît este început mai devreme;

— complicațiile comei epileptice pot prelungi starea de rău și determina moartea;

— medicamentele trebuie administrate de la început în doze puternice, dar nu trebuie să transformăm starea de rău convulsivă într-o comă toxică medicamentoasă.

Se recomandă:

A. *Tratament etiologic.*

B. *Degajarea căilor respiratorii:* decubit dorsal decliv la 30—40°, aspirația căilor respiratorii superioare, oxigenoterapie; uneori starea de rău încetează imediat. Traheotomie în cazuri disperate.

C. *Medicamente pe cale i.v.* Dăm preferință barbituricelor cu acțiune rapidă, injectabile *i.v.* (Nesdonal), numai în spital, avînd la dispoziție posibilități de reanimare, deoarece deprimă centrii respiratorii și pot determina moartea.

Folosim fiole de 0,50 g Nesdonal, cu o diluție specială pentru copii (soluție preparată extemporaneu): o fiolă 0,50 g + 10 ml apă distilată = 50 mg/ml; 1 ml din aceasta se diluează din nou cu 9 cm apă distilată, deci lucrăm cu o soluție care conține 5 mg/1 ml. Injecția se face foarte încet (1—2 minute), urmărind reacțiile bolnavului. La sugar nu se va depăși 3—4 mg/inj., la copilul mare 10—30 mg/inj. Oprim injectarea cînd încetează convulsiile (de obicei după cîteva mg); dacă convulsiile reîncep, după 10—30 minute repetăm injecția. Doza totală nu va depăși 10—30 mg.

După aceea trecem la fenobarbital *i.m.* 0,05—0,10 g la (6)—8 ore, timp de 1—2 zile, urmat de tratamentul de fond.

În starea de rău convulsivă a sugarului, unii mai folosesc combinația clordelazină (Plegomazin) + prometazină (Romergan), cîte 2 mg/kg/24 ore, în asociere sau nu cu fenobarbital sau mepiridină (Mialgin) (ultima 1 mg/kg/24 ore); asocierea va fi utilizată pe cale *i.m.* (la 6 ore) sau în perfuzii *i.v.* Dacă ne hotărîm pentru calea *i.v.*, tratamentul începe cu o inj. *i.m.* de Plegomazin și Romergan, cîte 1 mg/kg, în asociere sau nu cu Mialgin 1 mg/kg; instalăm după aceea perfuzia (pentru 24 ore), 60 ml soluție glucoză 5%/kg, Plegomazin și Romergan cîte 2 mg/kg, asociate eventual cu Mialgin 1 mg/kg.

În tot timpul acestui tratament, copilul va respecta decubitul dorsal strict și va fi urmărit permanent. Această terapeutică favorizează hipotermia excesivă (sub 36,2—36,4°), apneea laringiană, bronhoplegia (contraindicată în pneumonopatii), retenția de urină.

D. *Puncție lombară decompresivă* (după tensiunea L.C.R., 5—20 ml lichid).

E. *Hidratare parenterală.* După unii și glucoză 20—40 ml sol. 33—40%, de repetat la o oră (împotriva edemului cerebral).

Dacă copilul este adus la spital după diverse terapeutici, adesea vom constata o comă fără convulsii (exces de fenobarbital, hidrat cloral etc.). În acest caz vom aplica tratamentul de la punctele A și B, urmărind bolnavul, deoarece orice medicație riscă să agraveze coma toxică terapeutică.

Scanned with OKEN Scanner

Complicații. 1. Hipertermia secundară (complicație proprie stării de rău convulsivă) trebuie tratată căci întreține coma.

2. Obstrucția căilor respiratorii.
3. Prevenirea escarelor.
4. Tratamentul retenției urinare.
5. Prevenirea pneumonopatiilor (penicilină etc.).

Terapeutica epilepsiei cere competență și perseverență din partea medicului, ca și răbdare din partea părinților, care trebuie să aibă deplină încredere în medic.

Profilaxia epilepsiei

Evitarea bolilor și stărilor care pot determina epilepsia (cauze prenatale, perinatale și postnatale). Sînt importante mai ales toxemiile și infecțiile gravidelor, distociile, traumatismul obstetrical, prematuritatea, anoxia fetală, icterul nuclear, meningitele și encefalitele acute; convulsiile prin intoxicațiile exogene și endogene, convulsiile din tulburările acute digestive, tetanie, hiperpirexie, hipocalcemie etc.

Frecvența crizelor hiperpiretice și repetarea lor la copiii respectivi cu ocazia oricărei febre pun problema secheleler epileptice și impun unele măsuri care vor fi aplicate la acești copii ori de cîte ori începe o infecție acută. Pînă ce va fi consultat un medic (cît de curînd), copilul va fi hidratat din belșug cu apă, ceai (supă de legume, zeamă de compot); se limitează sau se opresc temporar proteinele animale; va primi fenobarbital 0,015—0,03 g × 3—4/24 ore; după vîrstă va primi antitermice (familia va fi pregătită din vreme cu aceste medicamente); i se vor face loțiuni și băi răcoritoare în funcție de febră; temperatura va fi controlată frecvent.

TRATAMENTUL CONVULSIILOR

Tratamentul de urgență (simptomatic) al convulsiilor trebuie început imediat — îndeosebi în primul an de viață — înainte de a poseda toate elementele diagnosticului; fac excepție crizele scurte la copii epileptici. *Orice convulsie este nocivă prin ea însăși, indiferent de etiologie, pentru că constituie un factor de hipoxie cerebrală.*

Etiologia trebuie să fie repede și serios studiată; este adevărat că există și convulsii a căror etiologie nu poate fi lesne lămurită.

Etiologie. Foarte diferită; poate fi expusă în funcție de diferite criterii: vîrstă, febră, tendință la repetare.

A. *După vîrstă* (în ordinea descrescîndă a frecvenței): 1. Nou-născut (primele 10—14 zile): anoxie cerebrală, hemoragii intracraniene, meningite acute, tetanos, hipocalcemie, icter nuclear etc.

2. Sugar. Cauze frecvente: convulsii inițiale hiperpiretice (se va căuta și boala provocatoare — otită, pielonefrită, meningită), meningite, hipocalcemie, toxicoză, hematom subdural. Cauze mai rare: encefalita acută, encefalopatii cronice, hipoglicemii spontane, deficit de piridoxină, epilepsie esențială etc. La același sugar se pot asocia două cauze.

Scanned with OKEN Scanner

3. Copil preşcolar: epilepsia simptomatică sau esenţială, meningite, intoxicaţii (convulsii iniţiale hiperpiretice numai la copii sub 4—5 ani) etc.

4. Copil şcolar: epilepsie simptomatică sau esenţială, intoxicaţii exogene şi endogene, meningite, traumatism cranian, hipoglicemie la diabetici trataţi cu insulină etc.

B. *După prezenţa sau absenţa febrei.* Convulsii cu febră (peste 38,5°), convulsii (iniţiale) hiperpiretice, mai ales în boli virotice obişnuite (ale căilor respiratorii superioare) şi foarte rar viroze ca meningoencefalitele virotice sau postvaccinale; mai puţin frecvent la boli bacteriene, ca otita şi pielonefrita sau meningite, septicemii.

Convulsii fără febră: în celelalte boli citate aici, după vîrstă (şi tendinţă sau nu la repetare).

C. *Convulsii unice sau cu tendinţă de repetare* (Fanconi); unele convulsii „unice" pot însă să se repete.

Convulsii unice (iniţiale) hiperpiretice: în boli acute ale sistemului nervos central (meningite encefalite, hemoragii intracraniene, unele tumori cerebrale), în intoxicaţii exogene şi endogene (pseudouremie eclamptică, reacţii neuroalergice), în tulburări acute digestive şi de metabolism (deshidratare, acetonemie, hipoglicemie, hipocalcemie) etc.

Convulsii recidivante: epilepsie, tetanie cronică hipo- şi normocalcemică, hipoparatiroidii şi hipoglicemii spontane (adenom pancreatic etc.) etc.

Tipul convulsiilor, anamneza, examenul clinic general şi neurologic, examenele paraclinice hotărăsc conduita de urgenţă şi de durată. Plecînd de la clasificaţiile propuse, etiologia poate fi elucidată şi atacată datorită particularităţilor cazului.

Examenele paraclinice care clarifică etiologia şi permit de multe ori o terapeutică etiotropă suficientă în funcţie de caz (particularităţile bolnavului) sînt hotărîtoare şi pentru prioritatea care trebuie acordată unora din ele: lichid cefalorahidian (aspect, culoare, pleocitoză, reacţia Pandy, examenul citologic şi bacteriologic al sedimentului colorat cu Giemsa şi Gram, culturi, examene chimice, cloruri, glucoză, albumină, examenul vălului colorat după Ziehl-Neelsen, reacţia Wassermann) sînge (V.S.H., hemogramă, examene chimice, calciu, fosfor, glucoză, electroliţi, rezervă alcalină, uree, reacţie Wassermann etc.); examen chimic de urină şi urocultură; IDR la tuberculină; examenul fundului de ochi, EEG, ECG; radiografii craniu faţă şi profil, radiografii schelet; hemoculturi; coproculturi; examene pentru toxoplasmoză, idioţie fenilpiruvică; probe pentru depistarea diatezelor hemoragice; examene pentru unele parazitoze; puncţia fontanelei. Măsurarea perimetrului cranian (la sugari este egal cu cel toracic, cu o diferenţă de aproximativ 1 cm).

Examenul fundului de ochi şi radiografia craniană vor hotărî dacă se poate executa puncţia lombară în caz de suspiciune a unei neformaţii intracerebrale.

TRATAMENTUL CONVULSIILOR HIPERPIRETICE

Tratamentul de urgenţă se aplică imediat. Concomitent anamneză, examenul clinic general şi neurologic, prelevările pentru examenele care pot lămuri cît mai repede etiologia (puncţia lombară, de exemplu). În orele următoare se reia anamneza (aprofundînd antecedentele şi istoricul) şi se completează examenele de laborator.

— Combaterea eventualei insuficienţe respiratorii (p. 42).

— Fenobarbital *i.m.*: 15 mg/kg la sugari (la 5 kg = 0,075 g = 0,75 ml din fiola de 2 ml; la 7 kg = 0,10 g = 1 ml), la preşcolari 0,15 g, la şcolari 3—5 mg/kg (125 mg/M²/doză), adică aproximativ 0,20 g. Această cantitate se face imediat, într-o singură injecţie.

Scanned with OKEN Scanner

— Combaterea hipertermiei (p. 28).

— Calciu gluconic 2 (n.n) — 3 (I) — 5 (II) — 10 (III) ml, foarte încet *i.v.* (dacă bănuim o tetanie). Nu se va administra la un bolnav digitalizat.

— Puncție lombară pentru diagnostic (și decompresiune).

— Începem tratamentul bolii care a provocat febra și convulsiile (hidratare, antibiotice etc.).

— Nu se administrează Pentetrazol, Nicetamid, Cofeină.

După 20 minute. Dacă continuă hipertermia: repetarea și amplificarea măsurilor respective. *Dacă continuă convulsiile: a) clismă cu hidrat cloral* (precedată de o clismă evacuatoare). Se administrează (prin sonda Nélaton Nr. 12—18, introdusă în rect 2/3 din lungimea ei sau, mai puțin indicat, cu o pară de cauciuc) o anumită cantitate de hidrat cloral dizolvată extemporaneu în 50—100 ml apă sau julep gumos. Posologia va fi:

După greutate: 50—75—(100) mg/kg/24 ore; această doză se divide în 2—3 clisme, deci maximum 1—1,5 g/clismă.

După an vîrstă: la sugari 0,20—0,50 g/an vîrstă/24 ore; doza se repartizează în 2 prize. În mod practic, la sugari se va administra 0,30—0,50 g/clismă, care se poate repeta de 1—2 ori/24 ore; nu se va depăși 1 g/24 ore. La copii 0,20 g/an vîrstă/24 ore, fără a depăși 3 g/24 ore.

După alte 20 minute. Dacă continuă convulsiile: sulfat de magneziu sol. 25% (mai ales dacă bănuim un edem cerebral) 0,4 ml/kg injectat profund *i.m.* (toleranță mediocră, hematom); se poate repeta după 4—6 ore. În caz de oligurie marcată, dozele vor fi reduse la jumătate sau nu se administrează; este de asemenea interzis la un bolnav digitalizat; poate deprima și centrul respirator.

Dacă predomină hipertermia, unii dau preferință clorpromazinei: 1 mg/kg profund *i.m.* (fiola de 5 ml Plegomazin conține 25 mg, adică 5 mg/ml); clorpromazina precipită cu alte soluții injectabile, mai ales cu antibioticele. De temut apneea laringiană, bronhoplegia, meteorismul abdominal, retenția de urină.

Eventual inhalarea de eter.

Vezi și starea de rău convulsivă.

TRATAMENTUL CONVULSIILOR LA COPII FĂRĂ FEBRĂ

Măsurile citate, în afara măsurilor împotriva hipertermiei. Amînăm puncția lombară, dacă bănuim o neoformație cerebrală.

TRATAMENTUL CONVULSIILOR GENERALIZATE ȘI FOCALE LA UN EPILEPTIC CUNOSCUT (p. 231)

TRATAMENTUL STĂRII DE RĂU CONVULSIVĂ (p. 231)

TRATAMENTUL ENCEFALOPATIILOR INFANTILE

Anomaliile genetice, embriopatiile, leziunile cerebrale neonatale (traumatice, anoxice, bilirubinice), encefalopatiile (virotice, parazitare, vasculare) sînt cele mai frecvente (în ordine descrescîndă).

Scanned with OKEN Scanner

Terapeutica este dificilă pentru că aceste boli sînt „*sechele* — rezultatul unor procese stinse neevolutive; din aceste motive tratamentul are drept scop compensarea funcțională a teritoriilor lezate, prin antrenarea țesutului nervos normal" (A. Kreindler).

Terapeutica va fi energică în cazul debililor mintali. Acești copii pot fi îngrijiți cu succes în familie. Succesele terapeutice pot fi substanțiale la această categorie și copiii pot ajunge la grade importante de independență socială.

Encefalopatiile de gradul al II-lea și al III-lea pun probleme mai grele și necesită adesea internarea în instituții speciale.

Tratamentul este complex și impune o colaborare strînsă și îndelungată între pediatru, neurolog, ortoped și fizioterapeut, logoped și educator.

Pe primul plan vom situa măsurile care au drept scop dezvoltarea somatică normală a copilului, cu o mențiune pentru profilaxia și tratamentul rahitismului.

Tratamentul tonic general: vitamine din complexul B (Electovit, ca și vitaminele B_1, B_6 și B_{12}), acid glutamic (Glutacid), săruri de calciu (calciu lactic, clorură de calciu sau Clorocalcin, diferite forme de calciu gluconic, Cedecalcin, Remineron etc.).

Măsurile ortopedice și fizioterapice sînt complexe și adaptate fiecărei categorii în parte (copii spastici cu hemiplegie infantilă, diplegie spastică infantilă etc.; copii atetozici; copii rigizi, copii ataxici; copii atoni); se recomandă: gimnastică, băi călduțe, prelungite, cu masaj și mișcări active în apă, aparate ortopedice și intervenții chirurgicale pentru prevenirea și corectarea pozițiilor vicioase, reeducarea motorie.

Ionizările transcerebrale dau rezultate interesante la copii cu hemiplegie infantilă; curenții galvanici slabi la copii spastici în general și la hemiplegie în special. Neurochirurgia poate înregistra succese la hemiplegia infantilă gravă, la boala Little și la hiperkinezii.

Epilepsia este prezentă în 70% din encefalopatii.

Profilaxia este strîns legată de etiologia encefalopatiilor; obstetricienii și pediatrii pot colabora cu succes în acest domeniu.

Dintre cauzele prenatale (30%) amintim pe acelea care pot fi evitate sau minimalizate: traumatismele, radiațiile ionizante; carențele proteice și vitaminice majore; intoxicațiile profesionale; infecțiile gravidei, ca sifilisul, rubeola, toxoplasmoza; toxemia gravidică și procesele toxice și infecțioase ale gravidei; incompatibilitatea Rh și grup ABO etc.

Cauzele natale și perinatale sînt deosebit de frecvente (60%) și atacarea lor reprezintă un factor important în scăderea masivă a encefalopatiilor: traumatismul obstetrical și distociile, prematuritatea, anoxia fetală etc.

Cauzele postnatale (10%): traumatismele în prima copilărie, encefalitele (vaccinările curente evită unele boli contagioase în prima copilărie, mitigarea unor boli prin γ — globulină, tratamentul etiologic precoce pentru unele etc.), agenții toxici, bolile vasculare.

Menționăm că unele cauze se pot intrica și atunci riscul de encefalopatie este cu atît mai grav.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL TULBURĂRILOR ÎNNĂSCUTE SAU DOBÎNDITE ALE METABOLISMULUI, OLIGOFRENIILE METABOLICE

Din grupul mare al encefalopatiilor infantile s-au desprins în ultimii ani oligofreniile congenitale metabolice.

Ele sînt rare în starea actuală a cunoştinţelor noastre. Astfel, Carson şi Neill — care au testat biochimic 2 081 oligofrenii în Irlanda de Nord (1962) — au depistat numai 49 oligofrenii fenilpiruvice, 3 gargoilisme, 3 galactozemii, 2 acidurii arginin succinice, 1 sindrom Lowe, 1 cistinoză şi 1 homocistinurie. Alte anchete vaste au depistat fenilcetonuria în 1—2% din populaţia de oligofreni (celelalte boli cîte 0,1—0,2% fiecare).

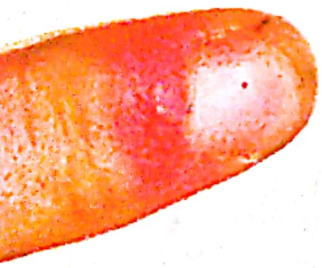
Dacă considerăm problema într-un sens mai larg, constatăm că encefalopatiile consecutive tulburărilor congenitale sau dobîndite ale metabolismului sînt mai frecvente, pentru că ele cuprind şi hipotiroidiile, anoxiile cerebrale, tezaurismozele, icterele nucleare neonatale etc.

Iată (după Cl. Polonovski şi J. Colin, 1964) funcţiile perturbate şi sindroamele clinice care rezultă:

Funcţia tiroidiană	Hipotiroidii
	Guşă endemică
Oxigenarea cerebrală	Anoxii neonatale
Metabolismul acizilor organici şi al acizilor aminaţi	Oligofrenie fenilpiruvică
	Sindrom Lowe
	Boala siropului de arţar
	Boala Hartnup
	Homocistinurie familială
	Acidurie argininosuccinică congenitală şi familială etc.
Metabolismul glucidic	Galactozemie congenitală
	Hipoglicemia idiopatică spontană (mai multe tipuri) etc.
Metabolismul lipidic şi lipidomucopolizaharidic	Boala Niemann-Pick
	Boala Tay Sachs
	Boala Gaucher (mai ales la sugari)
	Boala Hurler
	Hiper α_2-lipoproteinemia His etc.
Metabolismul purinelor	Defect congenital şi familial în metabolismul purinelor
Metabolismul fosfocalcic	Hipoparatiroidii
	Pseudohipoparatiroidii
	Hipercalcemie idiopatică (formă gravă)
	Hipofosfatazie
Metabolismul hidromineral	Unele diabete insipide nefrogenice
Metabolismul pigmentar	Boala Wilson
	Ictere nucleare neonatale
	Boala Crigler-Najjar
Metabolismul vitaminic	Avitaminoza B_6
	Piridoxinodependenţa
Intoxicaţii cronice	Encefalopatia saturnină
Disgenezii cromozomice	Boala Langdown-Down
	Sindrom Klinefelter etc.

Profilaxia sau ameliorarea substanțială a unora din aceste boli este posibilă, dacă boala metabolică a putut fi descoperită înainte de a se fi constituit leziuni cerebrale ireversibile. Citățm:

— exsanguinotransfuzia imediată după naștere pentru icterul nuclear;
— regimul sărac în fenilalanină pentru oligofrenia fenilpiruvică;
— vitamina B_6 pentru piridoxinodependență;
— regimul fără galactoză pentru galactozemie;
— corticoterapia și regimul sărac în calciu pentru hipercalcemiile grave;
— tratamentul deshidratării și al hipernatremiei în diabetul insipid renal;
— corticoterapie și /sau anumite regimuri alimentare în diferitele tipuri de hipoglicemie idiopatică spontană.



Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL SEPTICEMIILOR

Septicemiile au devenit rare la copiii mari în era antibioticelor, dar sînt la fel de frecvente la nou-născuți.

La internare: (repetate) hemoculturi (medii pentru germeni aerobi și anaerobi) și culturi din puroiul abceselor, L.C.R. și urină (prima prelevare înainte de a începe tratamentul cu antibiotice); frotiuri din puroiul abceselor ; examen L.C.R.; hemogramă; V.S.H.; examenul funcțiilor ficatului și rinichilor; examen otoscopic; radiografie pulmonară; IDR la tuberculină etc.

Combaterea infecției. *Tratamentul chirurgical* al focarului primar și al metastazelor: *„ubi pus, ibi evacua"*.

Antibiotice: se administrează în conformitate cu specia microbiană și antibiograma, ținînd seama și de toxicitatea unor antibiotice, mai ales la nou-născuți.

Începem tratamentul cu antibioticul (ele) sugerat(e) de istoricul bolii (septicemie stafilococică după piodermită), tipul clinic al septicemiei (focar primar, metastaze, erupții cutanate etc.), starea copilului, starea ficatului și a rinichilor. Dăm preferință antibioticelor *bactericide* și căii parenterale (*i.v.* mai ales).

Copii peste vîrsta de (4)—6—(8) săptămîni. Dacă nu avem o suspiciune clinică pentru o anumită etiologie, vom începe cu asocierea penicilină cristalizată (sodică de preferință la sugarii mici, pentru a evita un exces de potasiu) 3—4 mega/24 ore, preferabil în perfuzie *i.v.* (sau *i.m.*, la 3—4 ore + cloramfenicol 50—80—100 mg/kg/24 ore (copii mari mai puțin)) de asemenea pe cale parenterală (calea și doza după produs) + kanamicină i.m. (15)—30 mg/kg/24 ore, în două injecții.

Durata tratamentului cu antibiotice: după evoluție, dar nu mai puțin de 4—6 săptămîni.

Prin observație clinică și mijloace paraclinice se vor identifica și elimina eventualele focare metastatice nou apărute. Ne vom gîndi la posibilitatea selectării de tulpini rezistente după înlăturarea germenilor sensibili, la suprainfecții și la infecții mixte în spital.

Înlăturarea șocului septic. Tratament de urgență: lichide și electroliți pe cale parenterală, cardiotonice și analeptice, sedarea copiilor agitați.

Preparate cortizonice. Opiniile rămîn divergente; de altfel, în această privință nu pot fi date indicații sau contraindicații generale. Rezultatele par favorabile la septicemiile determinate de coci, dacă sînt premise clinice pentru acestă etiologie și dacă chimioterapia antiinfecțioasă este sigur (sau foarte probabil) cea indicată la caz.

În primele 1—(2) zile, Hemisuccinat de hidrocortizon sau Urbason solubile *i.v.*, după aceea cortizon *p.o.* 3—5 mg/kg/24 ore; acest tratament nu va întrece 10 zile.

Ridicarea rezistenței generale. După depășirea primei faze:

— γ-globuline: 0,3—0,5 ml/kg;

— transfuzii (cu sînge proaspăt): 15—20 ml/kg.

Tratamentul general. Repaus la pat pînă la vindecare.

Camera, îngrijirea pielii, ca la orice infecție gravă. Aeroterapie, după depășirea fazei acute. Alimentația: la început regim lacto-făinos-vegetarian; cît de curînd se adaugă ouă, carne fiartă sau grătar și după aceea alimentație normală, bogată în proteine, legume, fructe. La sugari, preparate bogate în proteine, lapte de femeie, Vitamine: A, C, B complex.

Criteriile de vindecare: mai multe hemoculturi negative, starea generală normală, copilul crește în greutate, iar pulsul, temperatura, hemograma și V.S.H. sînt normale.

Copilul va rămîne încă 2 săptămîni în spital, după oprirea antibioticelor (pericol de recidive!).

PARTICULARITĂȚILE UNOR SEPTICEMII

Excluzînd perioada neonatală, septicemiile stafilococice sînt cele mai frecvente astăzi: urmează în ordine descrescîndă: cele streptococice, pneumococice, meningogocice, colibacilare etc: este freventă asocierea cu o meningită purulentă.

Septicemiile stafilococice pot fi secundare unei supurații cutanate, osoase, articulare sau unor abcese profunde; dacă apărarea este deficientă, septicemia se poate instala direct. Dacă germenii sînt sensibili la penicilină G: 100 000—150 000 u./kg la fiecare 4 ore *i.m.* sau *i.v.*, (preferabil în perfuzie continuă). Împotriva stafilococilor secretori de penicilinază: Meticilină 40 mg/kg la fiecare 4—6 ore (vezi și tratamentul osteomielitei).

Toți stafilococii „de spital" din septicemiile începute în spital sînt rezistenți la penicilina G. Preparate cortizonice la bolnavii aduși în spital cu șoc septic.

Septicemiile streptococice (mai ales de grup A). Antibiograma este obligatorie, deoarece unii germeni care nu fac parte din grupul A pot fi rezistenți la penicilină G. De obicei este eficace penicilina G, 3—4—8 mega/24 ore dacă streptococii aparțin altui grup decît A: penicilină + antibiotic după antibiogramă.

Scanned with OKEN Scanner

Septicemiile pneumococice. Penicilină G ca mai sus: 95% din copii cu pneumonopatii, otite — şi la care bănuim o septicemie pneumococică — răspund la acest tratament.

Septicemiile meningococice. Penicilină G + sulfizoxazol; posologia penicilinei cu dozele maxime recomandate la meningită meningococică („terapia maximală cu penicilină"), iar sulfizoxazol de asemenea în dozele maxime permise la vîrsta respectivă, deci 0,15—0,20 g/kg/24 ore. În forma supraacută (sindromul Waterhouse-Friedrichsen provocat în 90% de meningococi) se asociază şi perfuzii *i.v.* cu ser glucozat 5—10% + ser Ringer (+noradrenalină?). Utilizarea cortizonicelor este controversată: majoritatea recomandă doze mari de Hemisuccinat de hidrocortizon sau Urbason solubile, alţii le socotesc periculoase şi folosesc exsaguinotransfuzia cu sînge heparinat; în sfîrşit, alţii cred că sînt inutile. Tratamentul acestei boli este o problemă încă nerezolvată.

Septicemiile cu bacili gramnegativi (Esch. coli, Aerobacter aerogenes, Klebsiella, Alkaligenes faecalis, Proteus, Ps. aeruginosa, Salmonella). Începem cu cloramfenicol 50—80—100 mg/kg/24 ore (copiii mari mai puţin), preferabil parenteral calea şi doza, după produs) + kanamicină 30—40 mg/kg/24 ore; la septicemia cu piocianic, asociem şi Polimixina B; 2,5 mg/kg/24 ore la sugari şi 50—100 mg/24 ore la copii, iar în infecţiile cu *H. influenzae*, Ampicilina.

Tratamentul ulterior, strict după antibiogramă.

Septicemia şi meningita cu germeni neidentificaţi la copii peste (4)—6—(8) săptămîni. Aceste situaţii pot fi favorizate de tratamentul cu antibiotice înainte de internare: de insuficienţe tehnice privind culturile din sînge, L.C.R., urină, colecţii supurate. Se va începe cu asocierea recomandată la p. 239; dacă participarea meningiană este certă, se va folosi la început sulfizoxazol (în loc de kanamicină), deci penicilină G + cloramfenicol + sulfizoxazol (ca la meningita cu germeni încă neidentificaţi (p. 221). Această asociere poate fi desigur schimbată.

SEPTICEMIA (ŞI MENINGITA) LA NOU-NĂSCUŢI

Tratamentul trebuie început la copii sub (4)—6—(8) săptămîni, imediat ce acest diagnostic este suspectat (investigaţii p. 239) şi înainte ca germenul provocator să fie identificat.

Vor fi aleşi agenţii antibacterieni cu proprietăţi *bactericide*, care sînt probabil activi asupra *germenilor responsabili de septicemie (şi meningită) la această vîrstă:* colibacili (75%), *Ps. aeruginosa* (2—20%), stafilococi, *Klebsiella.*

Clinicianul va ţine seama de epidemiologia şi etiologia infecţiilor recent observate în maternitate, ca şi în aria geografică respectivă la copii de această vîrstă.

Asocierea iniţială va fi penicilină cristalizată (preferabil sodică, pentru a evita un exces de potasiu 50 000—100 000 u./kg la fiecare 6 ore *i.m.* şi kanamicină 7,5—(15) mg/kg la fiecare 12 ore *i.m.* Unii folosesc iniţial

Scanned with OKEN Scanner

Cloxacilin sau Meticilină cu Ampicilină. Dacă bănuim o infecție cu piocianic, se va administra Pyopen sau polimixină *i.m.* în locul kanamicinei. Dacă este bănuită etiologia stafilococică, în locul penicilinei cristalizate va fi folosită Meticilina, toți stafilococii de spital fiind secretori de penicilinază.

Tratamentul poate fi schimbat dacă rezultatele bacteriologice impun aceasta. Dacă colibacilii (cea mai frecventă etiologie) nu sînt rezistenți la kanamicină, vom continua cu acest antibiotic.

Asocierea cloramfenicolului, tetraciclinelor, eritromicinei etc. nu are nici un avantaj, scade eficacitatea antibioticelor bactericide, iar unele pot fi și deosebit de toxice în prima lună (Cloramfenicol).

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL OSTEOMIELITEI ACUTE HEMATOGENE

Boală generală și locală, de domeniul pediatrului și al chirurgului (ortopedului). Este încă frecventă și gravă; dacă diagnosticul s-ar pune totuși din vreme, boala s-ar putea vindeca în 3—4 săptămîni, cu *restitutio ad integrum*. Progresele privind etiopatogenia au influențat favorabil evoluția și prognosticul, dar sînt și situații noi care umbresc întrucîtva acest optimism: răspîndirea tot mai largă a stafilococilor „de spital", creșterea frecvenței osteomielitei la nou-născuți și sugari.

Boala este caracteristică copilului și adolescentului, vîrstele cele mai afectate fiind sugarii și copiii de 9—13 ani. Germenii provocatori: stafilococi (*aureus* și *albus*) în 90% din cazuri apoi în ordine descrescîndă: streptococi, pneumococi, *Esch. coli*, salmonele. *H. influenzae*, dizenterici, *Ps. aeruginosa*.

Conduita terapeutică medicală se bazează pe identificarea germenului și pe determinarea sensibilității la antibiotice. De aceea, imediat după internare se va practica o puncție exploratoare în regiunea bolnavă, chiar dacă nu avem certitudinea abcesului subperiostal, apoi hemocultură, urocultură, hemogramă, V.S.H., proteinogramă, examenul funcțiilor hepatice și renale, radiografii de față și profil ale regiunii (regiunilor — focare multiple în 5—15% din cazuri) afectate, comparativ cu partea sănătoasă (primele radiografii sînt de obicei normale sau arată modificări reduse ; vor fi comparate cu cele ulterioare). Consult între pediatru și chirurg (ortoped).

Tratamentul caută să obțină cît mai grabnic înlăturarea septicemiei (bacteriemiei), intoxicației generale și metastazelor ulterioare — îndeosebi prin antibiotice, ca și asanarea focarului osteomielitic prin antibiotice și terapie chirurgicală. Principiile chirurgiei generale trebuie respectate și în era antibioticelor, cu modificările aduse de aportul acestora. Penetrația redusă în os, trombozele, necrozele, colecțiile supurate explică slaba acțiune în focar a antibioticelor, mai ales dacă intervenim după primele 3 zile de boală, la sugari, în anumite localizări și situații locale defavorabile etc.

Anatomia patologică ne demonstrează că focarele supurate medulare și corticale se constituie foarte repede, în primele 3 zile de boală, iar în următoarele 1—3 zile se formează abcesul subperiostal (care poate invada părțile moi). Trombozele supurative, foarte precoce, provoacă sechestrele.

Dacă bolnavul este adus devreme la spital în cazurile incipiente, *diagnosticul precoce* și *terapeutica instituită imediat* pe baza diagnosticului clinic, chiar înainte de a căpăta rezultatele bacteriologice reușesc adesea să oprească boala în primul stadiu.

Tratamentul imediat: „antibioticul într-un sfert de oră (după stabilirea diagnosticului), aparatul gipsat pînă în 2 ore".

a) Alegerea antibioticului. Clinicianul trebuie să aibă în vedere următoarele:

— osteomielita este aproape totdeauna de etiologie stafilococică, deși există și forme produse de bacili gramnegativi;

— stafilococii „de spital" sînt aproape totdeauna rezistenți la penicilina G (cei din mediul exterior în proporție de 20—40%);

— penicilinele semisintetice rezistente la penicilinază (Oxacilin, Methicillin, Cloxacilin), Pyostacine, cloramfenicolul sînt încă eficace asupra stafilococilor „de spital" în 90% din cazuri;

— la unii bolnavi bănuiți că s-ar fi contaminat cu stafilococi în spital, maternitate etc., trebuie să se țină seama și de sensibilitatea la antibiotice pe care au arătat-o tulpinile de stafilococi recent izolate din acele unități (ca și în general tulpinile din aria geografică în care activează medicul respectiv);

— preferința trebuie să se îndrepte spre antibiotice bactericide.

Cele de mai sus par să indice (în prezent) că tratamentul inițial trebuie să fie o *asociere.*

Pentru sugari, pentru bolnavii proveniți din spitale etc. este, poate, indicată asocierea dintre o penicilină semisintetică (în doze mari) și cloramfenicol (drajeuri *p.o.* 50—100 mg/kg/24 ore la copii peste o lună) sau cloramfenicol palmitat, doze corespunzător mai mari, sau *i.m.*

Pentru copii mari, contaminați în mediul extern este, poate, indicată asocierea dintre o penicilină semisintetică și penicilina G (2—6 mega/24 ore *i.v.* (perfuzie) sau i.m. (la 3—4 ore).

În lipsa penicilinilor semisintetice citate: penicilina G + cloramfenicol sau penicilina G + Pyostacine (+ cloramfenicol).

b) Aparatul gipsat va fi pus imediat și va cuprinde articulația supra- și subiacentă, cu fereastră pentru a urmări evoluția locală și pentru punc-țiile ulterioare.

c) Dacă puncția este pozitivă (medulară, subperiostală, părțile moi) se extrage cît mai mult puroi și se introduc 800 000—1 200 000 u. penicilină G diluată cu novocaină 1%; puncția se repetă la 1—2 zile.

d) În formele grave se va apela la tratamentele adjuvante folosite în septicemii. Preparatele cortizonice pot fi recomandate numai în șocul septic și numai timp de 1—2 zile, deoarece produc extinderea și agravarea dezastruoasă a procesului local.

Această primă schemă terapeutică poate fi modificată pe măsură ce căpătăm noi date clinice și de laborator. Tratamentul osteomielitei trebuie să se

Scanned with OKEN Scanner

caracterizeze tocmai printr-o deosebită flexibilitate, în funcţie de evoluţia sensibilităţii germenului la antibiotice şi de evoluţia locală.

Tratamentul de durată. a) antibioticul va fi ales conform speciei microbiene şi sensibilităţii la antibiotice; pe cît posibil antibiotic(e) bactericid(e). Ori de cîte ori germenul este sensibil la penicilina G (chiar dacă zona de inhibiţie este mai importantă la alte antibiotice), este preferabil să rămînem la aceasta. Dacă sînt stafilococi secretori de penicilinază (cazul cel mai frecvent): Cloxacilin, Methicillin, Oxacilin, Lincocin sau Pyostacine. Unii recomandă asocierea a două antibiotice faţă de care agentul patogen s-a dovedit sensibil: penicilină G + Pyostacine, penicilină G + cloramfenicol (dozele citate) sau tetraciclină (40 mg/kg/24 ore, maximum 1g/24 ore), sau eritromicină (50 mg/kg/24 ore) sau novobiocină (40 mg/kg/24 ore), cloramfenicol + eritromicină. Stafilococii îşi pot modifica comportarea faţă de antibioticul utilizat, de aceea puroiul va fi urmărit din acest punct de vedere.

Antibioticele vor fi folosite în dozele citate în cursul perioadei septicemice, care nu întrece 1—2 săptămîni. După depăşirea acestei faze, dozele pot fi reduse.

b) Aparatul gipsat, punctiile evacuatoare, inciziile şi drenajul ulterior (atenţie la suprainfecţia exogenă): după avizul specialistului. Principiul *ubi pus, ibi evacuo* rămîne şi astăzi valabil, indiferent de sediul colecţiei şi modalitatea drenajului.

c) Tratamentul general al oricărei infecţii severe şi lungi.

Evoluţia va fi urmărită după: clinică, culturi din focarul osteomielitic, sînge şi urină (cu penicilinază), hemogramă V.S.H., radiografii etc.

Durata tratamentului este variabilă; — 3 săptămîni dacă la această dată radiografiile osoase au rămas negative, iar semnele clinice şi datele de laborator s-au normalizat de cel puţin o săptămînă. Rămînem la diagnosticul de osteomielită incipientă sau celulită;

—la osteomilitele confirmate prin puncţie şi /sau prin radiografiile executate la 10—20 zile de la începerea tratamentului (ceea ce face necesară îndepărtarea pentru o zi a primului aparat gipsat), antibioticele vor fi menţinute încă cel puţin 2 săptămîni după dispariţia oricăror semne clinice de inflamaţie, normalizarea temperaturii, hemogramei şi vitezei de sedimentare; aceste postulate sînt împlinite după cel puţin 6—8 săptămîni de tratament. Durata imobilizării în aparatul gipsat depăşeşte perioada antibioterapiei şi este dependentă şi de involuţia imaginilor radiologice.

OSTEMIELITA NOU-NĂSCUTULUI ŞI SUGARULUI

Este mai frecventă în primele 1—2 luni de viaţă, la copiii contaminaţi cu stafilococi de spital în maternităţi sau spitale de copii. Particularităţile circulaţiei sanguine în oasele copiilor de această vîrstă explică *invadarea articulaţiilor şi perturbările definitive ale creşterii.* Diagnosticul poate fi tardiv din cauza sărăciei şi lipsei de simptome clinice caracteris-

tice; leziunile sînt vizibile devreme (în comparație cu clinica) pe radiografii. În lipsa unui diagnostic și tratament precoce, evoluția este foarte rapidă, cu sechele severe în 1/3—1/4 din cazuri. Osteoartrita șoldului este deosebit de gravă și poate lăsa schiopătare definitivă. Tratamentul osteomielitei: ca mai sus.

Tratamentul artritei. Puncția articulară clarifică diagnosticul și conduita. În artrita de vecinătate: tratamentul osteomielitei. În artrita purulentă: extragerea puroiului, antibiotice local 400 000—800 000 u. penicilină G; punctiile se repetă de 3—4 ori, la 1—2 zile interval.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL UNOR BOLI OTORINOLARINGOLOGICE

TRATAMENTUL RINITELOR VESTIBULARE

Infecția vestibulului narinar este provocată și întreținută de o rinoree mucopurulentă, de iritațiile mecanice, de teren (diateza exsudativă). Stafilococii hemolitici sînt adesea germenii provocatori.

Tratamentul simptomatic este paliativ.

Dermatoza narinară persistă și recidivează în funcție de rinoree, care este întreținută la rîndul ei de vegetații, rinita catarală cronică, sinuzită, etmoidită, corp străin, teren. Prin urmare vom recomanda tratamentul etiologic (în colaborare cu medicul ORL).

Complicații: 1) erizipel (p 206.), 2) adenopatii supurate: penicilină cristalizată 1 000 000—2 000 000 u./24 ore (la 6 ore) sau eritromicină, raze ultrascurte, înveliș umed local îmbibat cu Burovin; 3) furunculoză (copilul mare): local, tratament conservator (nu se exprimă, nu se incizează) cu prișniț cald (sol. Rivanol), raze ultrascurte; vom recomanda Pyostacine (eritromicină), în funcție de aspectul local și de răsunetul general sau după antibiogramă, dacă aceasta a putut fi executată la un furuncul anterior.

TRATAMENTUL RINITELOR CRONICE

Rinita catarală este cea mai frecventă.

Urmează de obicei unei rinofaringite acute sau unei adenoidite; este mai frecventă în cursul anotimpului rece, cînd se îmbină cu puseurile acute rinofaringotraheobronșice.

Tratamentul: adenoidectomie, îmbunătățirea condițiilor de microclimat, călirea copilului, tratarea fondului alergic sau al diatezei exudative.

Boala poate persista sau reapărea și la copii adenoidectomizați. Specialistul ORL va decide dacă adenoidectomia a fost corectă; în colaborare cu acesta se vor face investigații pentru etmoidită sau sinuzită maxilară.

Se va face tratamentul precoce, corect și energic al rinofaringitelor intercurente.

Scanned with OKEN Scanner

Alterarea reactivității copilului favorizează repetatele infecții acute și întreține boala cronică. De aceea *tratamentul stării generale* este foarte important: călirea copilului, calciu *p. o.* (calciu lactic, clorură de calciu, gluconat de calciu) în tot timpul anotimpului rece, vitamină D sub formă de raze ultraviolete, iar în lipsa lor cură intermitentă cu soluție de vitamină D, vitamină A sau untură de pește, Mecopar, Polidin, fier în caz de anemie. Vara: cură hidrominerală la Govora sau Slănicul Moldovei, cură climaterică în climat favorabil de deal sau subalpin, cură la mare (cu băi de nămol rece la copii peste 5—6 ani). Tratarea alergiei sau a diatezei exsudative.

Rinita hipertrofică și atrofică (către pubertate) beneficiază îndeosebi de tratamentul specialistului ORL.

TRATAMENTUL OTITELOR EXTERNE

Sînt favorizate de condițiile locale, de supurația otitelor medii, de extensiunea infecțiilor epidermodermice ale feței și ale părului (impetigo, eczemă, stafilococii cutanate) și de teren (diateză exsudativă, hipotrofie și distrofie, carențe etc.). Sînt caracteristice copiilor: tendința la extensiune (complicată cu impetigo), supurațiile în ganglionii preauriculari, condritele, pericondritele (piocianic). Germenii provocatori: stafilococi, streptococi, piocianic.

Otita externă banală. a) În stadiul de zemuire seroasă sau secreții purulente: comprese calde schimbate la 1—2 ore; la fiecare 3 ore instilații cu o soluție de tetraciclină 3%, direct sau pe o meșă schimbată de două ori /zi. Dacă inflamația este deosebit de intensă și există riscul supurației locale sau ganglionare: penicilină cristalizată sau Efitard în infecțiile streptococice, Pyostacine, eritromicină în cele stafilococice.

b) După ce s-a calmat puseul acut, vom ajuta epidermizarea prin pulverizări (cu acid boric) sau 3 instilații/zi (cu alcool 70° boricat la saturație).

Impetigo. Înmuierea crustelor cu o cataplasmă de amidon sau pansament umed cu Rivanol. După îndepărtarea prudentă a crustelor: 3 atingeri/zi cu apă D'Alibour diluată 1/2—1/4 sau cu coloranți (albastru de metil, mercurocrom) 1%. După aceea un unguent: Nebacetin sau tetraciclină 3% sau unguent oftalmic cu oxid galben de mercur 2%.

Eczema. Soluții diluate de apă D'Alibour urmate de o pastă cu ihtiol 5%. Tratamentul general al eczemei.

Erizipel (p. 206, 210).

TRATAMENTUL OTITELOR MEDII CRONICE

Diagnosticul diferitelor forme clinice este foarte important și impune examenul amănunțit al specialistului ORL, examene speciale radiologice, culturi pentru flora bacteriană (de avut în vedere și etiologia tuberculoasă). Pediatrului îi revine bilanțul general al copilului și corectarea factorilor deficitari.

Tratamentul general poate fi pus pe același plan cu tratamentul specialistului ORL:

— evitarea suprainfecției în spital;

Scanned with OKEN Scanner

— cure climatice în cîmpie și la deal, cure hidrominerale sulfuroase (este interzisă marea și baia cu capul în apă);
— adenoidectomie;
— tratamentul general citat la rinitele cronice.

Tratamentul auricular: medical și chirurgical.

Profilaxie: paracenteză largă a casei timpanului imediat ce o otită a ajuns la stadiul de supurație; tratamentul corect local și general al otitei paracentezate, depistarea otoantritei și a otomastoidite înainte de a 4-a săptămînă.

TRATAMENTUL OTOREEI TUBARE

Este o scurgere seromucopurulentă de origine rinofaringiană care drenează printr-o perforație permanentă a timpanului. Se instalează la sfîrșitul unei otite medii și este favorizată de adenoidită și corizele intercurente, de vegetațiile adenoide, rinita cronică, ca și de alergia sau diateza exsudativă a copilului.

Adenoidectomie sau revizuirea unei intervenții anterioare.

Tratamentul general citat la rinitele cronice: se va evita marea, climatul alpin și frigul umed.

Profilaxie. Adenoidectomie la otitele a căror secreție mucoasă se prelungește peste 3 săptămîni, tratamentul descris la rinofaringitele acute și la rinitele cronice.

TRATAMENTUL SINUZITELOR CRONICE

Este un capitol controversat încă, deoarece:
— realitatea clinică și frecvența acestei afecțiuni sînt diferit apreciate;
— diferitele localizări impun soluții terapeutice deosebite (în funcție și de vîrstă);
— *componentele alergică și infecțioasă nu pot fi totdeauna clar separate,* iar medicii au uneori opinii divergente asupra importanței generale a factorului respectiv și cu atît mai mult la fiecare bolnav în parte.

Etmoidoantritele, sinuzita maxilară izolată și pansinuzita anterioară cronică supurată impun colaborare strînsă între pediatru și specialistul ORL: anamneză și examen clinic local și general (în această ultimă privință amintim importanța rinosinobronșitelor, bronșiectaziilor, *alergiei*, carențelor, diatezei exsudative, microclimatului, sifilisului congenital etc.), examene speciale radiologice, culturi pentru flora bacteriană etc.

Tratamentul medical ORL. — Instilații (sau spălături) în fosele nazale cu ser fiziologic clorurat sau bicarbonatat. Corticoterapia locală este încercată de unii specialiști.

— Nu se vor utiliza local antiseptice, antibiotice și vasoconstrictorii.

— Dezinfecția argentică și vasoconstrictorii numai în puseurile acute și cel mult 10 zile.

Tratamentul medical general. — Corectarea factorilor negativi evidențiați prin anamneză.

— Terapeutica alergiei, care reprezintă fondul etiologic al majorității etmoidoantritelor (cele mai frecvente sinuzite cronice înainte de pubertate); sustragerea copilului de la contactul cu alergenii puși în evidență, desensibilizarea specifică sau nespecifică (hiposulfit de sodiu, calciu gluconic *i.v.*, autovaccin), antihistaminice în cure îndelungate etc.

— Modificarea terenului (vezi recomandările de la rinitele cronice). Climă de cîmpie, de deal sau climat uscat subalpin. Gimnastică respiratorie și medicală.

— Tratamentul precoce, energic și corect al infecțiilor intercurente rinofaringiene.

Tratamentul chirurgical ORL. În primul rînd adenoidectomie sau controlul unei operații anterioare.

Unele sinuzite maxilare impun uneori și tratament local ORL (puncții, spălături și antibiotice local), eventualitate tot mai rară astăzi.

Etmoidoantritele vor fi tratate exlusiv medical.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL INTOXICAȚIILOR ACUTE PRODUSE DE MEDICAMENTE

Frecvența intoxicațiilor acute este importantă și în creștere, influențînd chiar direct mortalitatea copiilor peste 1 an.

Etiologie. Împrejurările care provoacă intoxicațiile sînt extrem de variate. (Considerații asupra etiologiei și profilaxiei intoxicațiilor acute la copil — Tr. Feldioreanu, *Viața medicală*, 1967, nr. 13). Domină *ingestiile accidentale* de medicamente, de substanțe folosite pentru menaj, toaletă, autovehicule, stîrpirea dăunătorilor din agricultură (D. Barbu, *Viața medicală* 1965, nr. 11) la copii în *vîrste de 1—6 ani* (mai ales băieți). Importanța mediului este evidentă și crește considerabil dacă există dezordine în gospodărie, cînd copilul nu e supravegheat, acestea tocmai la vîrsta cînd el își lărgește mereu domeniul de acțiune în căutarea unor noi activități.

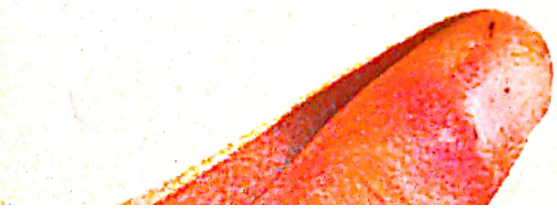
Intoxicațiile terapeutice ca aspect al bolii iatrogene sînt rare; la acești bolnavi este frecventă și calea parenterală, care favorizează intoxicațiile mai grave. O situație specială este reprezentată de intoxicațiile realizate de posologia prea ridicată a unui medicament la copiii grav bolnavi, cu conștiința alterată, cu oligurie sau anurie, care primesc o medicație complexă și ale căror emonctorii sînt lezate sau la copiii a căror stare gravă cu greu permite o judicioasă urmărire a efectelor pozitive și negative a acestor medicamente.

Aceste intoxicații sînt favorizate de susceptibilitatea specială a nounăscutului (G. Vasiliu și Tr. Feldioreanu: Farmacologia perioadei neo-natale. Raport la Congresul al doilea de pediatrie, 1969), ca și în general de particularitățile organismului infantil din primii ani de viață.

Medicul care prescrie medicamente copilului trebuie să rețină *inegalitatea acestora în fața agresiunii toxice:*

— *Idiosincrazia*, excepțional de rară, explică unele accidente acute la copii.

— *Alergia* impune o anamneză în acestă direcție; unele medicamente (de exemplu fenotiazinele) vor fi prescrise inițial în doze mici, care pot fi progresiv crescute, pe măsura toleranței și efectului terapeutic.



— *Achizițiile genetice și biochimice* au demonstrat existența unor deficite enzimatice (anemiile hemolitice provocate de unele medicamente copiilor cu deficit congenital de G.-6.-P.-D.) și variațiuni individuale, în metabolizarea unor medicamente (acid acetilsalicilic, HIN).

— *Imaturitatea unor sisteme enzimatice și mari funcții fiziologice* sînt o caracteristică a nou-născutului și prematurului și în mai mică măsură a sugarului din primul trimestru al vieții. Posologia la această vîrstă nu reprezintă în nici un caz o extrapolare a dozelor obișnuite, corectate doar în funcție de suprafața corporală și greutate.

Diagnostic. Probleme acute se pun în două situații:

1. Deseori copilul este adus la medic pentru că a înghițit o substanță cunoscută sau nedeterminată, alteori totul se reduce la o bănuială. Chiar dacă ingestia și caracterul toxic sînt certe, rareori poate fi precizată cantitatea. Chiar o anamneză amănunțită poate lăsa atîtea incertitudini, încît metodele de îndepărtare a toxicului (dacă permite starea copilului) vor fi larg folosite.

2. Alteori medicul se află în fața unui sindrom care îi evocă o intoxicație, deși familia nu are noțiunea ingerării unui toxic: unele convulsii, anemii hemolitice sau anurie. Este adevărat că sînt simptome care evocă o intoxicație sau chiar îi precizează etiologia; dar majoritatea simptomelor intoxicațiilor sînt necaracteristice.

Această *lipsă de specificitate* a majorității manifestărilor intoxicațiilor acute îngreunează diagnosticul cînd anamneza nu e clară, cînd lipsesc semne revelatorii.

Tratamentul simptomatic

Terapeutica simptomatică domină aproape totdeauna prognosticul vital și grabnica ei instituire constituie de aceea actul esențial al tratamentului majorității intoxicațiilor.

Tabloul clinic al unui intoxicat grav este rezultanta unor simptome în mare parte nespecifice, divers asociate: tulburări respiratorii, digestive, colaps, tulburări ale conștiinței, convulsii.

Mecanismele care generează aceste simptome clinice și dereglările biochimice concomitente pot fi diferite și terapeutica trebuie să se adreseze tulburării esențiale.

Experiența a dovedit că moderația și prudența trebuie să ne conducă în administrarea medicamentelor utilizate în tratamentul simptomatic; greșita lor folosire poate să reprezinte un nou toxic care agravează intoxicația preexistentă.

În schimb, drogurile care se comportă ca un antidot vor fi administrate de îndată: posologia lor trebuie să fie ridicată și administraea lor repetată pe măsura nevoilor.

În cursul intoxicațiilor se observă *mari perturbări funcționale* care beneficiază de o terapeutică simptomatică.

1. *Tulburările respiratorii* se pot încadra în patru sindroame:

a) tulburări difuze ale permeabilității căilor aeriene;

b) tulburări localizate ale ventilației (atelectazii și emfizem obstructiv);

c) edem pulmonar;

d) tulburări ale centrilor reglatori respiratori din trunchiul cerebral și lezarea musculaturii respiratorii.

Scanned with OKEN Scanner

Terapeutica acestor tulburări este expusă la tratamentul insuficienței respiratorii acute.

2. *Tulburări cardiovasculare* se manifestă prin:

a) insuficiență circulatorie acută (p. 115);

b) tulburări ale ritmului cardiac (p. 109).

3. *Tulburările hidroelectrolitice* și ale echilibrului acido-bazic. Deshidratarea surprinsă într-un stadiu precoce poate fi corectată eficace prin metoda expusă la p. 146; cînd s-a ajuns la tulburări marcate ale echilibrului acido-bazic, examenele de laborator confirmă acidoza sau alcaloza și tipul respectiv, gazoasă sau metabolică, după cum impun și tratamentul corespunzător.

4. *Tulburările sanguine* pot fi multiple:

a) insuficiențele medulare toxice sînt evidențiate prin anemie eritrocitară, hemoragii, deficit imunitar, izolate sau asociate;

b) citopeniile alergice se pot observa pe linia, granulocitară (p. 98) sau trombocitară (p. 101), mai rar pe două linii;

c) hemoliză (p. 91);

d) deficit al complexului protrombinic.

5. *Tulburările hepatice* acute se pot manifesta printr-o hepatită necrozantă acută, o hipoglicemie severă.

6. *Insuficiență renală acută.*

7. *Tulburările neurologice* sînt variate:

a) Manifestările encefalice impun menținerea unei ventilații pulmonare eficace, tratarea deshidratării nespecifice, depistarea și corectarea unor eventuale grave perturbări ale lichidului extracelular (hipercalcemie, hipocalcemie, hipoglicemie marcată, acidoză metabolică foarte accentuată), combaterea convulsiilor (p. 233) înlăturarea edemului cerebral (p. 232).

b) contracții de origine bulbo-medulară;

c) Paralizii periferice toxice.

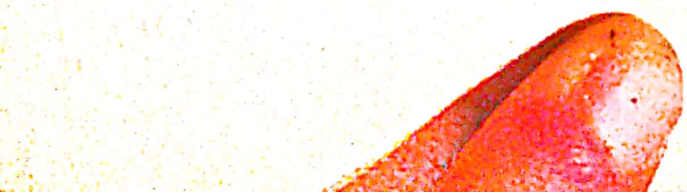
Tratamentul specific

1. *Îndepărtarea toxicului.* Intoxicația succede aproape totdeauna ingestiei.

a) De aceea, *evacuarea gastrică* trebuie întreprinsă de îndată; deși multe toxice sînt rapid eliminate, unele substanțe rămîn 3—4 ore în stomac: parasimpaticoliticele paralizează motilitatea digestivă, salicilații provoacă un spasm piloric reflex. Contraindicații sînt: bolnavii inconștienți, convulsiile, ingestia de petrol și derivate, sau de caustice. Spălătura va fi completă, pe cît este posibil (de exemplu de 10 ori cîte 100 ml): cu apă obișnuită, sau soluții adsorbante (apă albuminoasă, cărbune animal) sau neutralizante (în funcție de toxicul respectiv).

Se poate provoca o vărsătură prin gîdilarea luetei, după ce bolnavul a băut apă.

b) *Evacuarea intestinală* are indicații restrînse.



Scanned with OKEN Scanner

2. După difuziunea toxicului în organism pot fi indicate, după caz, tehnici care îi favorizează eliminarea: epurație pulmonară, epurație renală, epurație extrarenală.

3. Toxicul poate fi *neutralizat* prin antagoniști, antidoturi sau chelatori.

★

În partea a doua a lucrării, la medicamentele respective, sînt indicate simptomele precoce ale intoxicațiilor, ca și măsurile de prevenire și combatere.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

MEDICAMENTE FOLOSITE ÎN TERAPEUTICA BOLILOR DE COPII

Acalor. *Oxychinolinsulfodimethylaminochinizinum* 0,20 g, *Coffeinum* 0,02 g p. 1 supozitor p. copii. Cutie cu 6 supozitoare *(r)*. *Oxychinolinsulfodimethylaminochinizinum* 0,50 g p. 1 compr. Tub cu 10 compr. *(p. o.)* În organism este scindat în dihidroxichinoleină și amidopirină. Dacă se administrează concomitent și amidopirină, se va observa ca doza totală/24 ore de amidopirină să nu depășească doza permisă pentru vîrsta respectivă.

Ind.: analgezic și antitermic. *C. ind.:* boli hepatice și renale, enterocolite acute, diateză hemoragică, bolnavi agitați.

D.u.: supozitoare p. copii: I: 3—6 luni: 1/2 supozitor × 1—2/24 ore; 6—12 luni: 1—2 supozitoare/24 ore; II: 1—3 supozitoare/24 ore; III: cîte 2 supozitoare deodată. Se repetă de 1—2 ori/24 ore. Comprimate: 3—15 ani: 1/2—1 1/2 compr./24 ore, în raport cu vîrsta, în 2—3 prize.

Acetum aromaticum. Gal. farm. *(ext.)*. Revulsiv cu acțiune hipotermizantă. Fricții: II, III (diluat 1/1 cu apă).

Acid acetilsalicilic, sin.: Aspirină. *Acidum acetylsalicylicum* 0,50 g p.1 compr. Cutie cu 20 compr. Subst. (*p.o.,r.*). Analgezic, antipiretic, proprietăți antiinflamatorii.

Fen. sec.: în general bine suportat, manifestări alergice rare. Tulburările digestive nu sînt rare, mai frecvente la dozele mari: greață, arsuri epigastrice, vărsături, diaree. Accidentele severe, intoxicația sînt de așteptat în cursul tratamentului reumatismului (intoxicație iatrogenă) și în cazul ingestiei a cîtorva comprimate de către copiii mici (intoxicație accidentală): hiperventilație (respirația profundă este adesea simptomul inițial), hiperpirexie, acidoză metabolică, simptomele digestive citate, hipoprotrombinemie exteriorizată prin sindromul hemoragipar (epistaxis, hemoragii digestive, hematurii, purpure. *Tratamentul intoxicației:* spălătură gastrică cu cărbune, glucoză *i.v.*, bicarbonat de sodiu sol. 3,75% sau lactat de sodiu M/6, O_2, vitamină K, loțiuni răcoritoare sau baie progresiv răcită; exsanguinotransfuzie sau rinichi artificial pentru forma gravă. *Prevenirea accidentelor salicilice:* medicamentul va fi ingerat după mese sau cu lapte, pîine, pentru a preveni irita-

ţia gastrică. Vitamina K va fi administrată 1—2 ori pe săptămînă, pentru a preveni tulburările de coagulare. Bolnavul va fi urmărit cu atenţie şi la cel mai mic semn de intoxicaţie (polipnee), tratamentul salicilic va fi întrerupt.

Ind.: analgezic şi antitermic; reumatism Bouillaud şi cronic. *C. ind.*: intoleranţă la derivaţii salicilici, hiperaciditate gastrică, boala ulceroasă, diateze hemoragice, insuficienţă hepatică.

D.u.: analgezic şi antitermic I: 0,05—0,10 g × 1—2/24 ore; II: 0,10—0,15 g × 1—3/24 ore; III 0,15—0,25 g × 1—3/24 ore. Unii recomandă doze mai mari (se va evita supradozajul, mai ales la sugari) 0,05 g/kg/24 ore (max. 3 g/24 ore sau 1 g/M² /24 ore); doza zilei se împarte în 4—6 prize, după mese). În reumatism: vezi p. 123.

Acidum boricum subst. Folosit în trecut ca antiseptic pentru uz extern. Contraindicat la nou-născut. De evitat la sugari şi copii mici, deoarece poate produce intoxicaţii. Nu se va spăla mamelonul mamei cu acid boric înainte de supt. Valoarea sa antiseptică este slabă, inhibă bacteriile numai cît timp este în contact direct cu ele.

Acidum citricum subst. *(p.o.)*. Pr. med. Soluţii 10—75% pentru prepararea laptelui acidifiat.

Acid folic. 0,05 g acid folic (acid N-4-2-amino-4-hidroxi-6-pteridil)-metil-aminobenzoilglutamic p. 1 drajeu. Cutie cu 30 drajeuri. Pr. med.

Substanţă larg răspîndită în legume verzi, cereale, fructe uleioase, ficat. Cu ajutorul acidului ascorbic este transformat în organism, înainte de a interveni în metabolism, în acid folinic *(factor citrovorum)*. Coenzimă care intervine în diferite procese enzimatice de sinteză sau de metabolizare a numeroase componente structurale sau funcţionale ale celulei, cu deosebire în maturaţia eritrocitelor, sinteza diferiţilor aminoacizi şi baze purinice, element de bază în sinteza acizilor nucleinici.

Fiind larg răspîndit în alimente, carenţa este foarte rară. Unele anemii megaloblastice sînt provocate de această deficienţă, majoritatea fiind asociate cu malabsorbţie intestinală.

Utilizarea îndelungată a antagoniştilor acidului folic (Ametopterina), a unor antiepileptice (Hidantoina, Primidon) poate provoca semne clinice de carenţă a acidului folic.

Ind.: anemii megaloblastice, tratamentul îndelungat şi în doze importante cu drogurile citate.

D.u.: 1—2 drajeuri/zi, timp de 5—7 zile. Tratamentul de întreţinere nu este necesar dacă pot fi înlăturaţi factorii care condiţionează (întreţin) anemia şi dacă regimul poate fi corectat. Va fi evitată alimentaţia exclusivă cu lapte, griş, amidon, făină, care aduce foarte puţin acid folic şi vom asigura un larg aport de acid ascorbic.

În timpul tratamentului nu se vor administra sulfamide, care anihilează efectul acidului folic.

Acidum hydrochloricum dilutum. *(p.o.)*. Gal. farm. Pr. med.

Acidul clorhidric se foloseşte la copii numai sub această formă, concentraţie = 23,4%.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: hipo- și anaclorhidrie, gastroenterite. *C. ind.*: hiperclorhidrie, boala ulceroasă.

D.u. : sub 1 an : 1 pic. × 3/24 ore; 1—2 ani: 2 pic.×3/24 ore; 3—5 ani: 3—4 pic.×3/24 ore; 6—10 ani : 4—5 pic. × 3/24 ore; 11—15 ani: 5—8 pic.×3/24 ore. Unii recomandă doze mai mari: I : 2—4 pic. ×2—3/24 ore; II: 7—10 pic. × 2—3/24 ore; III: 10—12 pic. × 2—3/24 ore.

Se administrează numai diluat, în apă zaharată sau sirop de zmeură, înaintea sau în timpul meselor.

Acid iopanoic. 0,50 g acid iodopanoic (acid α-etil-β [3-amino-2,4,6-triiodofenil] — propionic) p. 1 compr. Cutie cu 18 compr. Pr. med.

Compus radioopac triiodat, insolubil în apă. După ingerare este absorbit imediat și se elimină selectiv prin bilă, concentrîndu-se în vezicula biliară pe care o opacifiază; de multe ori devin vizibile și căile biliare.

Fen. sec.: rareori greață, diaree, disurie.

Ind.: colecistografie și colangiografie. *C. ind.*: leziuni parenchimatoase hepatice, procese renale degenerative, nefrită cronică, miocardită, boala Basedow, alergie la iod. Copii I-II.

Mod de administrare: în seara zilei care precede explorarea, bolnavul va primi cina fără grăsimi, după care (10—14 ore înaintea examenului radiologic) va primi preparatul (4—6 compr., după vîrstă). Nu va mai mînca nimic pînă a doua zi dimineața (este permis puțină apă sau ceai de mușețel foarte dulce). Cu puțin timp înaintea efectuării radiografiei, se va face o clismă salină (pentru evacuarea gazelor din intestin).

Acidum lacticum subt. *(p.o.)*. Sol. 10—75% pentru prepararea laptelui acidifiat.

Acidum phenylaethylbarbituricum subst. *(p.o.)*. Pr. med. Vezi Fenobarbital.

Acidum salicylicum subt. *(ext.)*. Pr. med.

Keratolitic în concentrația 2—4%.

Ind.: dermatita seboreică, psoriazis, ihtioză, sclerodermie, eczeme.

Acidum tanicum subst. Pr. med.

Antidot (sol. 0,5% pentru spălături stomacale) în intoxicațiile cu alcaline, cu metale grele; determină precipitate insolubile.

Acidopeps. *Acidum glutamicum hydrochloricum* 0,50 g, *Pepsinum* 1:100, 0,10 g p. 1 compr. Tub cu 20 compr.

Fen. sec.: doze mari: greață, vărsături, diaree, agitație.

Ind.: hipopepsie, hipoclorhidrie, gastroenterite. *C. ind.*: boala ulceroasă, hiperclorhidrie. Copii sub 3 ani.

D.u.: 3—6 ani: 1/4 compr. × 1—2—3/zi; 7 — 15 ani: 1/2 compr. × 2—3/zi (mai ales la mesele principale). Se administrează în 1—3 linguri apă îndulcită, înaintea sau în timpul meselor. Cure de 14—20 zile, urmate de pauză.

ACTH *(Corticotrophinum-D.C.I.)*. Hormon adrenocorticotrop 50 u.p. 1 flacon *(i.m., i.v.)*. Pr. med. Term. val.

Hormon adrenocorticotrop al hipofizei anterioare, care stimulează corticosuprarenala, cu condiția ca aceasta să mai aibă capacitatea funcțională. Acțiunile fizologice, farmacologice și fenomenele secundare sînt similare celor

expuse la Prednison, cu următoarele deosebiri: acțiunea ACTH este rapidă și stimulează corticosuprarenala fără să determine inerția glucocorticoizilor; unele fenomene secundare sînt însă puternice, în primul rînd hipercortizonismul (sindromul cushingoid). Reacțiile alergice sînt relativ frecvente (urticarie, șoc anafilactic), deoarece este un produs de origine animală, a cărui moleculă, foarte complexă, este adesea contaminată cu impurități de origine organică. Din aceleași motive se poate instala destul de frecvent rezistența la ACTH (inactivat de anticorpi antihormonali).

Ind.: generale ale corticoizilor. Indicații proprii ale ACTH: spasmul în flexiune, stimularea suprarenalei la sfîrșitul tratamentului cu glucocorticosteroizi; probe de explorare funcțională a cortexului suprarenal. *C. ind.:* aceleași ca pentru glucocorticosteroizi, dar și sindromul adrenogenital, bolile organice evolutive ale cortexului suprarenal (tuberculoză).

Posologie strict individualizată în funcție de boală, vîrstă, greutate și răspuns la tratament.

D.u.: 1—2 u./kg/24 ore sau 20—40 u./M² /24 ore, *i.m.*, la 6 ore. De obicei nu se depășesc 50 u. /24 ore. Doza medie la sugari: 5—12,5 u./24 ore; la copii: 12,5—50 u./24 ore. Doza medie la perfuzie *i.v.* lentă: 12,5 u./24 ore.

Precauții în timpul tratamentului, vezi Prednison.

Mod de preparare: pulberea se diluează cu 4—6—8 ml apă distilată *pro-injectione*; soluția poate fi păstrată la răcitor timp de 2—3 zile.

ACTH Retard. Hormon adrenocorticotrop 50 u. p. 1 flacon + 1 fiolă cu solvent 1 (clorură de zinc) + 1 fiolă cu solvent 2 (fosfat disodic), *i.m.* Pr. med. Term. val.

Fen. sec., Ind., C. ind.: vezi ACTH.

Mod de preparare: în flaconul cu ACTH retard se introduc succesiv fiolele cu solvent 1 și 2. Suspensia obținută poate fi păstrată 3 zile la răcitor.

D.u.: 5 (II)—10 u. (III)/24 ore sau la 3—4 zile, după indicația medicului (vezi ACTH și Prednison). Se injectează numai *i.m.*

Acylanide. Acetildigitoxină soluție. Flacon a 10 ml, 1 ml = 35 pic. = 0,5 mg acetildigitoxină *(p.o)*. Fiole 0,2 mg/2 ml *(i.v.)*. Pr. med. Vezi și Nidacil.

Produs obținut prin degradarea enzimatică dirijată a Lanatosidului A, similar cu digitoxina, dar cu reversibilitate mai mare, efecte secundare ceva mai rare, iar toxicitate oarecum mai redusă. Simptomele unei supradozări cedează după oprirea medicației mai repede decît în cazul digitoxinei.

Fen. sec., ind., c. ind., precauții: vezi Digitalina.

Posologie. Înainte de începerea tratamentului ne asigurăm că bolnavul nu a primit digitalice în zilele anterioare. Dozele citate pot fi aplicate în condițiile unei urmăriri corecte a bolnavului.

Saturație lentă (3—5 zile): 0,02—0,04 mg/kg/zi și *p.o.*

Saturație rapidă (24 ore): *p.o.* 0,04—0,06 mg/kg; *i.v.* 0,04—0,06 mg/kg, în 4—6 prize (doza inițială 0,02 mg/kg).

Soluția injectabilă trebuie diluată cu 5—10 ml ser fizologic sau soluție de glucoză 5%.

Scanned with OKEN Scanner

Cură de întreținere *p.o.*: 0,005—0,01 mg/kg/zi.

Cura va fi strict urmărită de medic. În timpul tratamentului nu se vor administra calciu, efedrină, adrenalină.

ADC *(Desoxycorticosteronum aceticum — D.C.I.) Desoxycorticosteronum aceticum* 5 mg/1 fiolă a 1 ml și 10 mg/1 fiolă a 1 ml. Cutii a 5 fiole. Sol. uleioasă inj. *i.m.* Pr. med.

Hormon al corticosuprarenalei, cu acțiune mineraloreglatoare: retenția Na cu reținerea consecutivă a apei, clorului și eliminare crescută de K.

Fen. sec.: supradozarea determină retenție de sodiu, eliminare crescută de K (pînă la sindromul de hipokaliemie), creșterea volumului plasmatic, creșterea lichidului extracelular (edeme), sete, cefalee.

Ind.: boala Addison, insuficiențele suprarenale la care echilibrul hidromineral nu poate fi asigurat prin preparate cortizonice, insuficiențe suprarenale trecătoare (boli infecțioase grave, intervenții chirurgicale mari, arsuri grave). *C.ind.:* hipertensiunea arterială, insuficiență cardiacă și renală, reumatism acut și cronic, colagenoze, tuberculoză, edeme.

D.u.: sub 30 luni: 0,001—0,002 g/24 ore; 30 luni—15 ani: 0,002—0,01 g/24 ore (aproximativ 1 mg/an/zi) *i.m.* Sub control medical.

Adrenalină. *Adrenalinum crystallisatum,* sin.: Epinefrin, 0,001 g/1 fiolă a 1 ml (*s.c., i.m.*). Sol. $1^0/_{00}$. Flacon cu 20 ml, subl. (1 ml sol. = 20 pic. = 1 mg). Toxic. Pr. med. Term. val. Soluțiile roz sau cafenii nu pot fi folosite.

Produsul natural este hormonul medulosuprarenalei; mediator chimic simpaticomimetic și analeptic.

Fen. sec.: se observă des paloare și ameteli trecătoare, mai ales prin clinostatism. Injectarea greșită *i.v.* sau supradozarea pot provoca hemoragii cerebrale, aritmii. Folosirea îndelungată a adrenalinei la bolnavii cu astm favorizează creșterea toleranței față de adrenalină și astm „adrenalinic". La tratamentele locale: hemoragie secundară, după vasoconstricția inițială.

Ind.: administrare locală: hemoragii ale mucoaselor; parenteral: astm bronșic. *C. ind.:* hipertensiune arterială, hemoragii interne, aritmii ventriculare, flebite. Asocierea cu digitalice, cu calciu.

D.u.: sublingual: sub 30 luni: 250—750 γ/24 ore; 30 luni—15 ani: 750 γ — 0,0025 mg/24 ore. Parenteral (*i.m., s.c.*): sub 30 luni: 100—200 γ/24 ore; 30 luni—15 ani: 200 γ — 0,001 g /24 ore. Injecția se va face lent; se va aspira înainte de injecție pentru a nu injecta adrenalina *i.v.*

În criza de astm: 0,01 ml/kg/doză (max. 0,5 ml) sau 0,3 ml/M²/doză (se va injecta încet în 2—3 minute); se poate repeta o dată.

Adrenostazin. Adrenocromsemicarbazonă, 0,0015 g/1 fiolă a 5 ml și 0,05 g/1 fiolă a 10 ml. Cutie cu 5 fiole a 5 ml. Cutie cu 3 fiole a 10 ml. Pr. med.

Hemostatic capilar, care acționează prin vasoconstricție, prin creșterea rezistenței peretului capilar și scăderea permeabilității lui. Normalizează timpul de sîngerare prelungit patologic, fără a influența procesul de coagulare; nu modifică tensiunea arterială, pulsul, debitul cardiac.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: a) profilactic: înaintea intervențiilor chirurgicale care sînt urmate de hemoragii capilare (otorinolaringologie, chirurgie osoasă, urologie); *b)* profilactic și terapeutic: în hemoragii medicale (purpure, hemoragii capilare digestive).

D.u.: ad a) 1—3 fiole a 0,0015 g/zi, *i.v.* și diluat în sol. Ringer sau Locke 0,01%; *ad b)* 1 fiolă în perfuzie venoasă lentă (II, III).

Aethylium paraaminobenzoicum, sin.: Anestezină. Subst. *(ext.)*. Pr. med. Anestezic local, folosit în prurit, eczeme, prurigo, hemoroizi, în pudre 5—20% (cu talc sau dermatol) sau în pomezi 5—10% (cu lanolină, vaselină, pastă cu apă). Nu este toxic.

Ahipnon *(Bemegridum — D.C.I.)*. 0,05 g *4-aethyl-4-methyl-1-2, 6-glutarimidum* p. 1 fiolă a 10 ml *(i.v.)*. Pr. med.

Analeptic respirator, folosit în intoxicațiile cu barbiturice.

D.u.: o singură doză *(i.v.):* 1 mg/kg sau 30 mg/M². Se poate repeta după 5 minute, dacă efectul întîrzie. Supradozaj: convulsii (de urgență fenobarbital parenteral).

Aldactone *(Spironolactone* — D.C.I.*)*. γ-Lactona acidului 3-(3-oxo-7α-acetiltio-17β-hidroxi-4-androsten-17α-1) propionic, 100 mg p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Aldosteronul provoacă reabsorbția sodiului și a clorului în tubii distali; spironolactona se opune acestui proces, ceea ce are drept urmare o creștere a eliminării de apă și NaCl. Nu se produc pierderi semnificative de potasiu pentru că drogul acționează asupra segmentelor proximale ale nefronului (în timp ce salureticele acționează asupra tubului distal) și pentru că Aldactone se opune eliminării de potasiu. Ca și salureticele posedă un anumit efect antihipertensiv.

Efectul natriuric este întărit cînd se asociază drogul cu un saluretic. Efectul începe la cîteva zile după debutul tratamentului și persistă cîteva zile după oprirea lui.

Fen. sec.: hiponatremia poate apărea cînd eliminarea sodiului depășește eliminarea de apă. Hiperkaliemia poate apărea cînd dozele sînt mari și/sau cura este prelungită; ea poate fi evitată prin asocierea cu hidroclorotiazidă și precauțiile citate mai jos. Rar, erupții cutanate.

Ind.: retențiile patologice hidrice la care hiperaldosteronismul este pronunțat: ciroza hepatică cu ascită și edeme; retenția hidrică determinată de insuficiența cardiacă și de unele afecțiuni renale (nefroză); unele hipertensiuni arteriale. *C. ind.:* hiperkaliemie. Atenție la hiperaldosteronismul reactiv; rareori poate apărea o hiponatremie cînd sînt asociate droguri care acționează sinergic în acestă privință.

D.u.: la copii: după boală 3—6—12 mg/kg/zi; doza zilei este repartizată în 3—4 prize.

Dacă spironolactona nu este eficace, după 3—5 zile se poate adăuga hidroclorotiazida la unii bolnavi.

Precauții. Kaliemia și ECG vor fi cercetate zilnic, pentru a surprinde din timp o eventuală hiperkaliemie.

Algocalmin, sin.: Novalgin. *Natrium-1-phenyl-2,3-dimethyl-5-pirazolonum-4-methylaminometansulfonicum* 0,50 g. p. 1 compr. Tub cu 10 compr.

Scanned with OKEN Scanner

(*p.o.*). 1 g/fiolă a 2 ml. Cutie cu 10 fiole (*i.m.*). 0,30 g /supozitor p. copii. Cutie cu 6 supozitoare (*r.*). Derivat pirazolonic.

Fen. sec.: toleranță foarte bună, foarte rar leucopenie. Dacă injectarea este făcută superficial: noduli, infiltrații.

Ind.: antipiretic, analgezic, suprimă excitațiile dureroase provenite de la tegumente, mușchi și articulații. Eficace și în colicile hepatice, renale; intestinale. *C. ind.*: intoleranță la derivați pirazolonici, discrazii sanguine.

D.u.: *p.o.*: 3—15 ani: 1/4—3/4 compr × 1—3/24 ore; *r.*: 1—15 ani: 1—3 supozitoare/24 ore; *i.m.* (de evitat): 3—15 ani: 0,5—2 ml, profund.

Alindor. Fenilbutazonă, Aminofenazonă āā 0,125 g, p. 1 drajeu. Flacon cu 20 drajeuri Pr. med. Acțiunea primei este potențată de amidopirină.

Fen. sec., C. ind.: a celor 2 componenți.

Ind.: ale fenilbutazonei.

D.u.: 3—15 ani: 1 drajeu × 1—3/zi, cură de durată limitată. În cursul tratamentului: regim desodat, fără băuturi alcoolice, control periodic al urinii, hemogramei.

Alevaire (*Tyloxapolum* — D.C.I.). Superinon (polimer polioxietilat al actifenolformaldehidei) 0,125%, Glicerină 5%, Bicarbonat de sodiu 2%. Flacon a 60 ml sol. p. aerosoli. Pr. med.

Mucolitic, expectorant.

Ind.: secreții vîscoase în bronșiolită, mucoviscidoză, stare de rău astmatică.

Mod de administrare: după prescripția medicului.

Alphachymotrypsine. Flacon a 5 ml, conținînd 25 u.C.Hb. și o fiolă solvent — ser fiziologic. Pr. med.

Enzimă proteică pură obținută în cursul activizării chimotripsinogenului din pancreas. Proprietăți proteolitice de digerare a țesuturilor necrozate și de granulație.

Fen. sec.: constant durere, care apare la 15 secunde—2 minute după injecție, persistă 15—120 minute și este atenuată de antihistaminice.

Ind.: traumatologie (hematoame etc.), chirurgie generală, pneumoftiziologie (supurații pulmonare), ORL (otite, rinite, sinuzite) etc.

Mod de administrare: curativ: se injectează 25 u. *i.m*, de 1—2 ori/zi, pînă la dispariția semnelor clinice, în asociere sau nu cu antibiotice; *în stările cronice:* de 2—3 ori/săptămînă cîte 25 u. Produsul poate fi administrat și preventiv, înaintea anumitor intervenții chirurgicale sau local.

Aluminium hydroxydatum colloidale, int. Antiacid, adsorbant și constipant.

Ind.: hipersecreție gastrică, hiperaciditate, boală ulceroasă.

Aminofenazonă (*Amidopyrinum*—D.C.I.) sin.: Piramidon, 1-fenil-2,3-dimetil-4-dimetilaminopirazolin-5-onă 0,10 g sau 0,30 g p. 1 compr. (*p.o.*). Subst. (*p.o., r.*).

Amidopirina este un derivat pirazolonic care, ca și salicilații, are:

— acțiune analgezică centrală (mai slabă decît a opiaceelor și eficace numai asupra durerilor de tip reumatismal, nevralgiilor, cefaleei);

Scanned with OKEN Scanner

— acțiune antitermică (activitatea centrului termoreglator hipotalamic este deprimată numai la febrili; se produce o deperdiție de căldură prin vasodilatație periferică și sudație);

— acțiune „antireumatică".

Spre deosebire de salicilați ar avea și o slabă acțiune spasmolitică asupra musculaturii netede.

Antipireza maximă este obținută după 1—2 ore de la administrare, durează 2—3 ore și dispare după 5—8 ore.

Fen. sec.: urina este roșie în cursul tratamentului (nu are o semnificație patologică). Erupții cutanate; uneori leucopenie. Deși foarte rară la adulți și excepțional de rară la copii, riscul agranulocitozei (prin idiosincrazie sau hipersensibilitate) a făcut pe unii specialiști să afirme: „din acest motiv (agranulocitoza) și deoarece amidopirina nu este indispensabilă, se propune să nu se utilizeze acestă substanță (Goodman și Gilmann). „Aminofenazona este menționată numai pentru interesul istoric. Poate avea un efect toxic asupra măduvei osoase și posibilitatea decesului îi face utilizarea neîndreptățită" (Shirkey, *Pediatric Therapy*, 1964).

Scade protrombinemia. La cardiaci pot apărea edeme (retenția sodiului și a apei).

Intoxicația determină convulsii, edem cerebral și pulmonar, moartea poate surveni prin paralizie respiratorie.

Unui sugar de 10 luni și 9 kg i se administrează din greșeală 0,55 g aminofenazonă și face curînd convulsii, care — la acest copil — nu au putut fi atribuite altei cauze (caz personal).

Tratamentul accidentelor: copilul va fi ținut la pat și la cald. Cărbune activat. Insuficiența respiratorie va fi corectată prin oxigen și albastru de metil *i.v.* Strofantină în insuficiența cardiacă. Fenobarbital pentru convulsii. Poate fi necesară transfuzia sanguină.

Ind.: antipiretic; analgezic (în asociere cu medicamente din clase chimice diferite — barbiturice, bromuri, derivați ai morfinei, derivați ai anilinei, cafeină). Reumatism Bouillaud. Drogul este interzis în Danemarca, rar folosit în țările anglo-saxone și încă destul de utilizat în țările Europei Centrale. *C. ind.*: intoleranța la derivați pirazolonici și în general la alte medicamente. Leucopenie, agranulocitoză.

D.u.: copii sub 30 luni: 0,05—0,15 g/zi; copii 2 1/2—15 ani: 0,15—0,50 g/zi (în 2—3 prize).

Rp. Aminophenazonum 1g (—2g), *Aq. dest.* 80 g, *Sirupus simplex* 20 g. Ds. int. 1 linguriță = 0,05 g (0,10 g) aminofenazonă.

Pentru reumatism (p. 124): atenție la curele prelungite (frecvent leucograma).

Incompatibilitate cu preparate care conțin tanin, sărurile metalelor grele, cloral hidrat, rezorcină, timol.

Aminofenazonă L. Aminofenazonă 0,10 g, Fenobarbital 0,01 g p. 1 supozitor copii. Cutie cu 6 supozitoare (*r.*). Vezi Aminofenazonă și Fenobarbital.

D.u.: copii sub 30 luni: 1—2 supozitoare/24 ore; 2 1/2—15 ani: 2—5 supozitoare/24 ore (pot fi puse cîte două o dată cînd este indicat).

Aminosteril. Hidrolizat de proteine 5% în sol. sorbitol p. 1 p. 1 flacon a 250, 500 sau 1000 ml, p. perfuzie *i. v.* Pr. med. Acizii aminați esențiali pentru uz parenteral sînt necesari pentru corectarea deficiențelor de proteine.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 13

Compoziția Aminosterilului

	Hidrolizat de proteine	Na	K	Sorbitol	Calorii
g/250 ml	12,5	0,05—0,125	0,1	12,5	100
g/500 ml	25	0,1—0,25	0,2	25	200
g/1 000 ml	50	0,2—0,5	0,4	50	400
mEq/1 000 ml		10—20	10		

Tabelul 14

Conținutul în acizi aminați al Aminosterilului

Esențiali		Neesențiali	
Triptofan	1,1%	Arginină	3,8%
Valină	7,9%	Histidină	2,5%
Leucină și izoleucină	9,7%	Acid glutamic, prolină, serină	
Treonină	4%	acid aspartic, alanină, hidroxi-	
Metionină	3,3%	prolină, glicină, cisteină, cistină	
Lizină	6,3%		
Fenilalanină	3,9%		

Fen. sec.: greață, vărsături, cefalee. Pot fi prevenite prin respectarea modului de administrare indicat mai jos. În caz de frisoane și febră, trebuie înlocuită aparatura, care este probabil infectată.

Ind.: incapacitatea bolnavului de a primi alimentație peroralĕ; spasm sau strictură esofagiană, stenoză pilorică, vărsături incoercibile, perforație intestinală, pneumonopatii, tetanos, meningită, encefalită etc.

Cînd este indicat repausul absolut al tractului gastrointestinal: unele operații, diaree severă, peritonită, colită ulceroasă etc.

Cînd este necesară o alimentație parenterală suplimentară: prematuri, anumite distrofii, arsuri și plăgi întinse, nefroză, mucoviscidoză, pre- și post-operator.

C. ind.: absolute: nefrită acută, insuficiență cardiacă; relative: deshidratare severă, acidoză, deficiență de potasiu, anumite insuficiențe hepatice. Hidrolizatul de proteine poate fi administrat după corectarea acestor stări.

Mod de administrare: pentru ca eficacitatea să fie maximă, se recomandă ca deficitul de apă și electroliți (îndeosebi alcaloza și deficitul de potasiu) să fie corectate înainte de administrarea hidrolizatului de proteine. Posologie: 50 ml/kg/24 ore.

Se va folosi numai o aparatură absolut sterilă. Soluția din flacon trebuie să fie clară. Nu se vor adăuga alte medicamente, sînge, plasmă. Ritmul de administrare: se va începe cu 30 pic./min; dacă nu apar tulburări se poate ajunge pînă la aproximativ 45 pic./min. O perfuzie prea rapidă provoacă efecte secundare.

Scanned with OKEN Scanner

Ammonium bromatum subst. (*p.o.*). Pr. med. Sedativ, îndeosebi motoriu.

Fen. sec. (intoxicația cronică este frecventă): anorexie, constipație, astenie, somnolență, diminuarea capacității școlare, psihoze; acnee și granuloame bromice.

Ind. (rar utilizat): sedativ ușor, în tulburările echilibrului dintre excitație și inhibiție, cînd predomină excitația; tulburări neurovegetative, stări anxioase, insomnie, tuse convulsivă; adjuvant în epilepsie. *C. ind.:* intoleranță de brom, nefrite; bromismul poate apărea repede în bolile cu eliminare masivă de Cl (vărsături, diaree).

D. u.: 0,20 g/an de vîrstă/24 ore, în 3—4 prize. Poate produce fenomene toxice prin acumulare, deoarece se elimină încet. În timpul curei se va reduce ingestia de NaCl: retenția bromului este invers proporțională cu cantitatea de NaCl din alimentație.

Ammonium chloratum subst. (*p. o.*). Pr. med.

Se resoarbe repede din intestin și este transformat de ficat în acid uric și acid clorhidric, care scade rezerva alcalină. Eliberează o parte din apa legată de proteine care trece în sînge și de aici în urină.

Fen. sec.: în doze mari poate irita mucoasa gastrointestinală; de aceea va fi recomandat la copii de 3—15 ani mai ales sub formă de drajeuri enterosolubile (Diurocard). Excesul de clor produce acidoză. Dozele foarte mari sînt toxice pentru S.N.C.

Ind.: acidifiant în tetania manifestă sau epilepsie. Acidifierea urinii (pînă la pH 4,7—5) în pielonefrite. Potențează acțiunea diureticelor mercuriale. Expectorant (prin mecanism reflex). *C. ind.:* insuficiență hepatică și renală, ciroze, acidoză.

D. u.: de evitat sub 3 ani: 3—5 ani: 0,20—0,30 g/24 ore; 6—10 ani: 0,30—0,40 g/24 ore; 11—15 ani: 0,60—1 g/24 ore; de împărțit în 3—4 prize. Acidifiant: 75 mg/kg/24 ore sau 2 g/M²/24 ore (doza zilei se divide în 3—4 prize).

Ammonium ichtyolsulfonicum (ihtiol). Este constituit din săruri de amoniu ale acizilor sulfonici din uleiul obținut prin distilarea uscată a unor șisturi bituminoase; lichid solubil în apă (*ext.*). Pr. med.

Antiinflamator, decongestiv, keratoplastic în concentrația 1—5%, keratolitic în concentrația de 10%.

Ind.: eczeme, fisuri, degerături.

Amobarbitalum natricum, sin.: Amital sodic, subst. (*p. o.*). Pr. med. Vezi Dormital.

Ampicilină, sin.: Penbritin. 0,25 g ampicilină anhidră p. 1 capsulă. Tub cu 20 capsule (*p.o.*). Pr. med. Term. val.

Pentru calea parenterală vezi Penbritin injectabil.

Ampicilina este o penicilină semisintetică cu spectrul larg (unii coci grampozitivi și unii bacili gramnegativi); fiind distrusă de penicilinază, nu are efect asupra stafilococilor (și altor germeni) secretori de penicilinază.

Ca și celelalte peniciline este bactericidă. Este stabilă în mediul acid și bine resorbită *p. o.* (deci activă pe această cale). Concentrațiile serice sînt încă importante după 6 ore (deci permite administrarea la 6 ore); penicilinemia

Scanned with OKEN Scanner

se dublează cînd se administrează o doză dublă. Se obţin în mod constant concentraţii importante (forma activă) în bilă şi urină.

Spectrul de acţiune. Extrem de activă faţă de *H. influenzae* (antibioticul cel mai eficace).

Activitatea faţă de cocii grampozitivi (pneumococi, streptococi β-hemolitici şi *viridans*, stafilococi penicilinosensibli) este în general bună, dar puţin inferioară penicilinei G. Activitatea faţă de germenii gramnegativi (*Klebsiella pneumoniae, Neisseria catarrhalis, Esch. coli, Proteus, Shigella*) este destul de bună şi în general similară cu aceea a tetraciclinelor, dar prezintă avantajul de a fi bactericidă; pare să fie destul de activă asupra salmonelelor (*S. typhi, S. paratyphi* A, B şi C, *S. typhi murium*).

Fen. sec.: ca la orice penicilină pot apărea fenomenele alergice şi anafilactice respective (p. 361). Deoarece este un antibiotic cu sferă largă, administrarea orală poate determina fenomene digestive, urmarea disbacteriei, sterilizării florei normale intestinale. Experienţa de pînă acum arată că tulburările digestive sînt rare (greaţă, vărsături, diaree) şi de obicei uşoare.

Ind.: infecţii produse de *H. influenzae*, infecţii urinare şi biliare produse de germenii sensibili la Ampicilină. Infecţii bronhopulmonare, cu excepţia pneumoniei stafilococice; bronşită cronică (tratament de durată).

Nou-născuţi, prematuri: septicemii şi infecţii grave produse de germenii sensibili la Ampicilină; infecţii severe nedeterminate, în asociere cu Meticilină.

Dispepsia acută produsă de germeni sensibili la Ampicilină (tratamentul purtătorilor de bacili tifici).

C. ind.: bolnavii alergici la penicilină. Ampicilina nu este indicată pentru tratamentul infecţiilor produse de stafilococii rezistenţi la penicilină.

D. u. : ca indicaţie generală: 1/4 din doza adultului p. copii sub 2 ani sau 125 mg la fiecare 6 ore; p. copii de 2—10 ani. 1/2 din doza adultului sau 125—250 mg la fiecare 6 ore. (Posologia pentru adulţi: 250—500 mg/6 ore în infecţiile respiratorii , 1,5 g/24 ore în infecţiile urinare, 500—750 mg/6—S ore în infecţiile digestive; dozele pot fi crescute în infecţiile grave).

După greutate (*p. o.*): sub 10 kg: 50—100 mg/kg/24 ore; 10—20 kg: 50 mg/kg//24 ore; peste 20 kg: doza adultului. Meningite purulente: 150—200 mg/kg/24 ore, în 6—S doze.

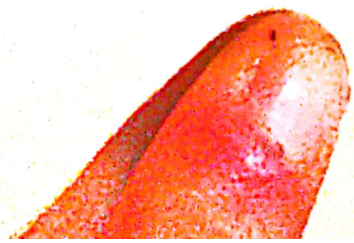
Doza pentru 24 ore va fi divizată în 4 prize egale; maximum de efecte terapeutice se obţin cînd drogul este administrat cu 1/2—1 oră înainte de mese.

Precauţii. Pot apărea suprainfecţii micotice sau bacteriene. Pentru moment lipseşte încă o experienţă suficientă privind nou-născuţii şi prematurii, de aceea tratamentul trebue aplicat cu prudenţă cu determinări frecvente ale funcţiilor hepatice, renale, hematopoietice. Aceleaşi examene trebuie executate periodic în cursul tratamentelor lungi. Se vor administra concomitent vitaminele complexului B, fermenţii lactici.

Anghirol. Extract apos deproteinizat din frunzele de *Cynara scolimus*. Flacon cu 50 ml. Acţiune coleretică, diuretică şi metabolică.

Fen. sec.: bine tolerat; dozele mari: căldură, greaţă, ameţeli.

Ind.: insuficienţă hepatică uşoară, colecistite cronice, atonii biliare, constipaţie, enterocolite prelungite, litiază renală (perioade de acalmie): alergii cuta-



Scanned with OKEN Scanner

nate, alimentare etc. *C. ind.*: boli hepatobiliare și renale acute, insuficiență renală acută și hepatică importantă. Copii sub 3 ani.

D. u.: 3—6 ani: 3 pic. × 2/zi; 7—10 ani: 3 pic. ×3/zi; 11—15 ani: prima săptămînă 5 pic. ×3/zi: a 2-a săptămînă 10 pic. ×3/zi; a 3-a săptămînă 15 pic. × 3/zi. Cură de 3 săptămîni, se poate relua după o pauză de 1 lună.

Antidoren. *Aminophenazonum* 0,20 g, *Phenazonum* 0,20 g, *Noraminophenazonum* 0,10 g, *Coffeinum natrium benzoicum* 0,05 g, *Natrium salicylicum* 0,100 g/1 fiolă a 2 ml. Cutie cu 3 fiole (*i.m.*).

Fen. sec.: resorbție *i. m.* lentă; se produc lesne indurații.

Ind.: analgezic și slab spasmolitic. *C. ind.*: comune cu derivații pirazolonici. Copii sub 3 ani.

D. u.: 3—6 ani: 1/2—3/4 fiolă, o dată/zi ; III: 3/4—1 fiolă, o dată/zi, profund *i.m.* Poate fi administrat *p.o.*

Antimigrin. *Barbitalum* 0,114 g, *Aminophenozonum* 0,286 g p.1 compr.

Ind.: analgezic, antitermic și sedativ. *C.ind.*: intoleranță la amidopirină, leucopenie, agranulocitoză, insuficiență hepatică și renală. Copii sub 3 ani.

D. u.: 3—6 ani: 1/4 compr. 1—2/24 ore; III: 1/2 compr. × 1—2—3/24 ore.

Antinevralgic. *Acidum acetylsalicilicum* 0,25 g, *Phenacetinum* 0,15 g, *Coffeinum* 0,05 g p. 1 compr.

Ind.: analgezic antitermic. *C. ind.*: intoleranță la derivații salicilici și fenacetină. Copii sub 3 ani.

D.u.: 3—15 ani: 1/4—1/2 compr. × 1—3/24 ore. Utilizarea îndelungată a fenacetinei poate produce nefrită cronică.

Antinevralgic S. *Salicylamidum* 0,25 g, *Phenacetinum* 0,15 g, *Coffeinum* 0,05 g p. 1 compr. Cutie cu 20 compr. Vezi Antinevralgic.

Apă distilată, fiole a 10 ml. Dizolvant, diluant; *i. v.* în cefalee, mai ales cea postrahianestezică.

Aqua calcis (*Calcium oxydatum* 2%). Gal. farm. (*ext., p.o.*) Pr. med.

Ind.: neutralizant și alcalinizant al acidității gastrice.

Argentum colloidale (Colargol) subst. *(ext.)*. Pr. med.

Asociere de argint (70—75%) și substanțe proteice. Antiseptic. Rinofaringite și rinosinuzite, conjunctivite, blefarite : 0,5—2%. Spălături vezicale, injecții uretrale: 0,2—1%.

Argentum diacetiltanninoalbuminatum (Targesin) subst. (*ext*). Pr. med.

Complex coloidal de diacetilamină cu albuminat de argint (aproximativ 6% Ag). Antiseptic slab, astringent. Solubilitate mare.

Argentum nitricum cryst. subst. *(ext)*. Pr. med.

Astringent, caustic, ușor dezinfectant. Cauterizări cu creionul a diferitelor leziuni cutanate și mucoase. Tratament plăgi și dezinfecție: 0,05—0,2%. Unguent: 1—2%. Colir (n.n.): Argint nitric 0,1 g, Apă 5 g, *ext.*, în fiecare ochi cîte 1 pic., imediat după naștere.

Argentum proteinicum (Protargol) subst. *(ext.)*. Combinație de argint (aproximativ 8%), cu produse de degradare ale proteinelor. Antiseptic slab, ușor iritant.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: conjunctivite, oftalmii purulente, ulcere corneene, blefarite; infecţii ale mucoaselor. Soluţie 1—2%.

Soluţiile au durată redusă de conservare. Este mai puţin iritant şi dureros ca nitratul de argint.

Argentum vitellinatum (Argirol) subst. *(ext.)*. Pr. med.

Combinaţie de argint (cel puţin 20%) cu o fosfoproteină (vitelina). Antiseptic slab. În infecţii oculare: sol. 1—5%.

Arobon produs dietetic pe bază de făină de roşcove *(Ceratonia siliqua)* 80%, Amidon 15%, Cacao 5%. Cutie de 150 g, cu măsură (1 g Arobon = 1 măsură rasă). Pr. med.

Ind.: tratamentul şi prevenirea diareei la sugari şi copii.

Preventiv. Sugari: se va adăuga 2% Arobon la alimentaţia obişnuită (1% la prematuri).

Curativ. Diaree uşoară: Arobon 3% la alimentaţia obişnuită; va fi menţinut 3—4 zile după revenirea la normal a scaunelor.

Diaree severă: vezi capitolul respectiv.

Copii: 20—40 g Arobon repartizate în cursul zilei, timp de mai multe zile, în cadrul dieteticii recomandate de medic.

Astmofug. *Coffeinum* 0,93 g, *Theophyllinum* 0,50 g, *Natrium salicylicum* 0,50 g, *Kalium iodatum* 1,8 g, *Aqua menthae q.s. ad.* 100 ml. Flacon cu 125 ml *(p.o.)*.

Fen. sec.: ale teofilinei şi iodurei de potasiu.

Ind.: astm bronşic, bronşită astmatiformă. *C. ind.:* tuberculoză pulmonară evolutivă, sensibilizare la iod, gastrite, boală ulceroasă, nefrită acută. Copii sub 4 ani.

D.u.: 4—6 ani: 1—2 linguriţe /24 ore; III: 2—3 linguriţe/24 ore; se va repartiza în 2—3 prize.

Astmofug E. Aceeaşi formulă cu Astmofug, aceleaşi fenomene secundare, indicaţii, contraindicaţii. Prin adăugarea efedrinei (0,58 g/100 ml sol.) este contraindicat şi la bolnavii cu stări de excitabilitate crescută, tulburări de ritm cardiac, ca şi la copii sub 7 ani.

D.u.: 7—10 ani: 1—2 linguriţe/24 ore; 11—15 ani: 2—3 linguriţe/24 ore; se va repartiza în 3—4 prize.

Atarax *(Hydroxyzinum*-D.C.I.). (Diclorhidrat de 1-p-clorobenzhidril)-4-2 [(2-hidroxietoxi)]-etildietilendiamină 10 mg p. 1 drajeu. Cutie cu 25 drajeuri. Pr. med.

Tranchilizant, inhibă activitatea substanţei reticulate, favorizează „filtrarea" influxurilor pornite din aceasta spre nucleii hipotalamici, ceea ce creează reglarea acestor structuri şi favorizează controlul emotivităţii şi al reacţiilor neurovegetative. Acţiuni accesorii: antihistaminică, potenţializarea analgezicelor şi a barbituricelor, cardioreglatoare, antispastică, antisecretorie, antiemetică.

Drog foarte bine tolerat, netoxic, nu determină tulburări extrapiramidale, toxicomanie.

Scanned with OKEN Scanner

Fen. sec.: dozele terapeutice nu produc de obicei efecte secundare; somnolența este observată mai ales în cursul fazei de adaptare la medicament. Dozele ridicate pot provoca uscăciunea gurii sau o ușoară excitație nervoasă la unii bolnavi.

Ind. : copii a căror constituție este normală, dar fiind în situații anormale prezintă o comportare anormală: oboseală școlară, agitație, iritabilitate, insomnie. O dată cu corecția tensiunii neuropsihice pot fi favorabil influențate și stări alergice, eretismul cardiovascular, tulburări din sfera digestivă cu componentă spastică, cinetică, hipersecretorie; deci produsul este indicat într-o largă gamă de afecțiuni psihosomatice. Preanestezic. *C. ind.*: copii sub 5 ani.

D.u. : posologia este individuală. Copii 5—15 ani: 1—2 drajeuri a 10 mg 2—3/zi; împotriva insomniei: seara, 1—2 drajeuri a 10 mg. Se va tatona susceptibilitatea copilului începînd cu doze mai mici.

Drajeurile vor fi înghițite întregi, preferabil înaintea meselor.

Atropină. *Atropinum sulfuricum*, fiole de 1 ml conținînd sol. 1‰ sau 0,25‰, *s.c.* Subst. *(p.o.)*. *Toxic.* Pr. med. (timbru sec).

Parasimpaticolitic periferic: importante sînt efectele antispastice, antisecretorii, *midriatice.*

Fen. sec.: *doza eficace și toleranța sînt variabile la sugari*: acestea se vor testa deci individual. Primele simptome de intoleranță sînt: roșeață intensă a feței (după 10—20 minute de la injectarea *s.c.*), gura uscată, midriază, fotofobie și tahicardie. Apoi apare febră, excitație de tip maniacal, halucinații, delir și convulsii. Sugarii sensibili la atropină reacționează cu febră la 3—4 ore după administrare.

Ind. : spasm piloric, unele vărsături, boală ulceroasă, constipație spastică, unele colite, colici hepatice și nefretice, unele intoxicații. Pentru ochi: midriatic. C. *ind.*: glaucom. Atenție la sugari! Nu se va utiliza la sugarii cu boli organice ale S.N.C.

D.u. (p. o., subl.): sub 6 luni: 25—60γ/24 ore; 6—30 luni: 0,0001——0,0002 g/24 ore; 30 luni—15 ani: 0,0002—0,001g/24 ore.

Unii preconizează doze mai mari și apreciază că sugarii — deși reacționează foarte individual — tolerează doze relativ mai mari decît copiii și adulții. Vom începe cu doza cea mai joasă și putem crește treptat pînă la doza eficace; ne oprim dacă apare roșeața obrajilor. Cu aceste precauții se poate folosi, în spital, posologia (de ex. în spasmul piloric): I: 0,1—0,2 mg; II: 0,2—0,3 mg; III: 0,3—0,5 mg. Această doză se poate administra (*subl.*, *p.o.* sau *s.c.*) o dată sau de 2(3) ori/24 ore sau: 0,01 mg/kg/doză și 0,3 mg/M²/doză; se poate repeta după 4—6 ore (*s.c.*) de 1—2 ori/24 ore.

Tratamentul intoxicației (de multe ori medicamentoasă): spălătură gastrică cu tanin 4% cît de repede, pentru că absorbția drogului este foarte rapidă; rehidratare, combaterea hipertermiei, sedarea cu hidrat cloral sau doze moderate de fenobarbital (morfina este contraindicată); tratamentul eventual al colapsului, al turburărilor respiratorii; metode de diureză forțată.

Barbitalum (D.C.I.). Veronal. Subst. *(p.o.)*. Pr. med.

Fen. sec.: ale barbituricelor.

Ind.: hipnotic (după 30—60 minute), analgezic. Asocierea cu amidopirina potențează acțiunea sa analgetică (Antimigrin). *C. ind.:* insuficiență

Scanned with OKEN Scanner

renală. Folosirea îndelungată favorizează obișnuința și/sau intoxicația cronică. Copii sub 3 ani.

D.u.: 3—5 ani: 0,05 g/ o dată, 0,15 g/24 ore; 6—10 ani: 0,10 g/o dată, 0,20 g/24 ore; 11—15 ani: 0,15 g/o dată, 0,30 g/24 ore. Copii peste 3 ani: 0,02—0,03/an de vîrstă/24 ore.

Benzedrin *(Amphaethaminum sulfuricum* — D.C.I.). *Phenylisopropylaminosulfuricum* 3 mg p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Simpaticomimetic și stimulent puternic al axului cerebrospinal (îndeosebi scoarța și trunchiul cerebral). Contraindicat la copii; indicații speciale la epilepsie și encefalopatii.

Bergonal. Alcaloizi totali din *Radix belladonae* 0,25 mg, Alcaloizi totali din *Secale cornutum* 0,30 g, *Phenobarbitalum* 0,03 g p. 1 drajeu. Flacon cu 30 drajeuri *(p.o.)*. Pr. med. Term. val.

Alcaloizii totali din secara cornută au acțiune antimigrenoasă; beladona este parasimpaticolitică (asocierea acestora conferă o marcată eficiență a produsului în distoniile vegetative); fenobarbitalul acționează sinergic cu precedentele.

Fen. sec.: ale componentelor.

Ind.: distonii neurovegetative cu polarizare cardiovasculară sau digestivă, hipertiroidism, tulburări labirintice, migrene, insomnii, alergoze cutanate. *C. ind.:* glaucom, achilie gastrică, atonie gastrointestinală, atonia veziculei biliare, ileus paralitic. Copii sub 7 ani.

D.u.: III: 1 drajeu × 1—2/zi, după mese.

Bicarbonat de sodiu. Natriu bicarbonic 49,505 g, Amidon de porumb 0,495 g. Cutie cu 50 g granule și o linguriță menzură de 1 g (aproximativ). Vezi *Natrium bicarbonicum.*

D.u.: III: 1—3 g/zi, după mese, ca alcalinizant.

Bismosal. *Bismuthum salicylicum basicum* corespunzător la 0,10 g *bismuthum metalicum* p. 1 fiolă suspensie uleioasă inj. *(i.m.)*.

Fen. sec.: local: dureri, dermite, noduli, abcese septice; general: astenie, embolie grăsoasă, pigmentarea mucoaselor gingivale, stomatită, icter, nefrită.

Ind.: tratamentul sifilisului, conform schemelor elaborate de Centrul Dermatovenerologic al Ministerului Sănătății. Sare insolubilă care se absoarbe lent, cu acțiune progresivă și prelungită, fiind deci indicată mai ales în perioada „de latență", ca medicație de depozit. *C. Ind.:* cașexie, boli hepatice și renale grave, tuberculoză pulmonară evolutivă, stomatite, dermatoze întinse, leucopenie importantă, agranulocitoză.

D.u.: sugari: 0,1—0,2 ml/doză; copii: 0,2—0,5 ml/doză × 2/săptămînă, inj. *i.m.* profund, cu maximă asepsie și controlînd bine ca suspensia să nu pătrundă într-un vas. O serie, 12—15 injecții. În timpul tratamentului se vor controla regulat: starea gingiilor, greutatea, urina, leucograma.

Bismuthum carbonicum basicum subst. *(p.o.)*. Topic, adsorbant intestinal și foarte slab antiseptic, antidiareic.

Ind.: boala ulceroasă, gastrita hiperacidă, colite.

D.u.: 0,50 g/an de vîrstă/24 ore, divizat în 3—4 prize, la mese; sau III: 0,50—1 g/ doză × 2—3—4/zi, la mese.

Scanned with OKEN Scanner

Bismuthum gallicum basicum, sin.: Dermatol (*ext., p.o.*). Pr. med. Antiseptic slab, astringent, acţiune sicativă neiritantă la nivelul plăgilor. Ext.: 10—20% în pomezi, pudre. Int. (enterite, colite, diaree): III: 0,25—1 g/24 ore, în 3—4 prize la mese. Clisme (colite). *Rp. Bismutum subgallicum* 1 g, *Mucilag. gummi arab.* 50 g.

Bismuthum nitricum basicum, (subnitrat de bismut) *(ext., p.o.)*. Pr. med. Topic, astringent, dezinfectant, absorbant, antidiareic. Ext.: pudră izolantă protectoare în arsuri, plăgi infectate, dermatoze diferite *(cum Talcum āā)*. Pomadă p. arsuri: *Bismuthi subnitrici, Acidi borici āā* 5 g, *Lanolinum ad* 50 g. M. f. *unguentum*. Int.: boala ulceroasă, diaree şi colite la copii mai mari.

D. u.: de evitat sub 3 ani; 3—15 ani: 0,20 g/an de vîrstă/zi, în 3 prize cu 1/2 oră înainte de mese sau 3—(5) g (III) dimineaţa pe nemîncate (colite).

Boldocolin. *Acidum salicylicum* 4,18 g, *Magnesium carbonicum* 1,50 g, Extr. p. Boldocolin 17,27 g, *Glycerolum* 34,09 g, *Alcoholum* 96° 0,909 g, *Aetheroleum menthae* 0,045 g, *Nipaginum M* 0,09 g, *Aqua destill. q.s. ad* 100 g. Flacon cu 200 ml *(p.o.)*. Coleretic, colagog, stimulent al funcţiilor digestive şi uşor laxativ.

Fen. sec.: dozele mari pot determina vărsături şi diaree.

Ind. : anumite faze ale hepatitelor acute şi cronice, angiocolite; în colecistite cronice, stază veziculară, congestie hepatică; pentru drenajul biliar. *C. ind.:* colecistită acută, hiperkinezie veziculară, enterite, stadiul acut al hepatitei acute, hepatita cronică evolutivă. Copii sub 7 ani.

D.u.: III: 1/2 linguriţă/zi, cu 30 minute înaintea micului dejun, cu puţin ceai; după aceea bolnavul va sta culcat 30 minute în decubit lateral drept. Cură 2—3 săptămîni.

Boramid. *Aminophenazonum* 0,50 g, *Dicainum* 0,20 g, *Acidum boricum* 0,20 g, *Glycerolum* 9,10 g. Flacon cu 10 ml *(ext.)*.

Fen. sec.: întrebuinţarea peste 2—3 zile poate produce iritaţii locale. *Ind.:* otită medie congestivă. *C. ind.*: otită medie supurată.

D.u.: se picură cîte 3—4 pic. în conductul auditiv extern la fiecare oră cît timp sînt dureri; după aceea, de 4 ori /zi încă 2 zile. Picăturile se picură în conduct, se ţine capul 4—5 minute în poziţia respectivă, se şterge conductul cu vată şi se introduce un dop de vată uscată.

Bromocet *(Cetrimonium bromatum* — D.C.I.). *Cetylpyridynium bromatum* Sol. hidroalcoolică 10%. Flacon cu 100 şi 1 000 ml. Sol. 20%. Flacon a 1 000 ml *(ext.)*. Detergent cationic cu acţiune antiseptică.

Fen. sec.: nu este iritant pentru tegumente, exceptînd rare cazuri de alergie.

Ind.: sol. 1%: sterilizarea pielii şi a mîinilor, curăţirea pielii şi dezinfecţia rănilor, curăţirea arsurilor, îndepărtarea crustelor în impetigo, dermatite, eczeme. Sol. 10%: curăţirea şi dezinfecţia veselei; dezinfecţia instrumentelor (+ 0,1% nitrit de sodiu pentru a le feri de rugină). *C. ind.*: hipersensibilitate individuală. Incompatibilităţi: săpun (de aceea, dacă curăţirea mîinilor s-a făcut întîi cu săpun, mîinile se vor limpezi bine cu apă înainte de a folosi sol. Bromocet).

Scanned with OKEN Scanner

Bromoformium (*ext.*). Pr. med.
Calmant al tusei prin deprimarea centrilor. *Puțin utilizat.*
Fen. sec.: somnolență, tulburări respiratorii și ale ritmului cardiac, cianoză, exanteme.
Ind.: tuse spasmodică, tuse convulsivă (încorporat în poțiuni).
D.u.: I: 3 pic./24 ore; II: 4—8 pic./24 ore; III: 15—25 pic./24 ore, în 3—4 prize. Doza max. : 2—4 pic./an de vîrstă/24 ore. *Poțiunea se agită bine înainte de întrebuințare.*

Bromoval. α-Bromizovalerianiluree 0,30 g p. 1 compr. Tub cu 20 compr. Sedativ bun, ușor hipnotic. Foarte slabă toxicitate, foarte bine tolerat de copii. Nu produce fenomene secundare la dozele uzuale. Nu cumulează, nu dă obișnuință.
Ind.: stările de ușoară iritabilitate, insomnie, tuse convulsivă, spasmofilie.
D.u.: (I: 1/4 compr. × 1—3/24 ore); II: 1/2 compr. × 1—3/24 ore; III: 1 compr. × 1—2/24 ore. Comprimatul se topește mai lesne dacă este lăsat întîi în lichid cald.

Bromsulfalein. *Tetrabromsulfonphtalein disodicum* 0,25 g/1 fiolă a 5 ml (sol. inj. 5%) *i.v.* Pr. med.
Fen. sec.: foarte puțin toxic și foarte bine tolerat. În unele cazuri: cefalee, greață, vărsături, erupții urticariene și excepțional șoc; dureri trecătoare pe traiectul venei sau ușoare reacții flebitice locale. În caz de hipersensibilitate la iod: amețeli, frisoane, tahicardie, febră. În rare cazuri, simptome mai grave: cefalee puternică, dureri musculare generalizate, colaps.
Ind.: testarea stării funcționale a ficatului și a *clearance*-ului parenchimatos hepatic în hepatite cronice și ciroze. *C. ind.*: icter la bolile respective; febrili, alergici (mai ales la alte medicamente).
Mod de administrare: după o pauză alimentară de 10 ore, produsul este injectat dimineața pe nemîncate la bolnavul culcat pe spate, încet și strict *i.v.* (din fiola încălzită în prealabil 2—3 minute la 37°).

Bronhodilatin (*Isoprenalinum* —D.C.I.) sin.: Aludrin. 1- (3, 4- *Dihydroxyphenyl*) -2-*izopropylaminoetanolum* 10 mg p. 1 compr. Cutie cu 20 compr. *(subl.)*. Soluție p. aerosoli: *Isoprenalinum* 0,50 g, Acetonbisulfit de sodiu 0,40 g, Uree pură 0,15 g, Soluție-tampon cu pH 5 pînă la 100 ml. Flacon cu 6,5 ml sol. 0,5%. Pr. med.
Derivat al adrenalinei; efectul spasmolitic asupra musculaturii arborelui bronșic este de 10 ori mai puternic, fără să aibă o influență evidentă asupra tensiunii arteriale.
Fen. sec.: acțiunile de tip adrenalinic asupra miocardului și S.N.C. (tahicardie, palpitații, dureri precordiale; greață, amețeli, cefalee, nervozitate, tremurături, astenie).
Ind.: astm bronșic, sindrom Adams—Stokes. *C. ind.*: tireotoxicoză, boli cardiace organice. Copii sub 7 ani (comprimate).
D.u.: III: începem chiar de la primele semne ale crizei cu 1/2 compr., care se depune sub limbă pentru a se topi încet. Explicăm copilului să nu-l sugă; medicamentul ar fi astfel antrenat și înghițit cu saliva. Doza poate fi repetată după cel puțin 3 ore; se administrează cel mult 3 prize/24 ore. Soluția p. aerosoli este indicată în criza de astm. Se introduce 0,5 ml în aparatul

de pulverizat; dacă se utilizează aparatul de aerosoli, soluția va fi diluată de 5—10 ori cu apă distilată. Diluția va fi pregătită în fiecare zi. Schimbarea culorii în roz nu este semnificativă, în schimb nu va fi utilizată soluția care a devenit brună.

Burete de fibrină (fibrină umană liofilizată). Flacon de 150 ml, *ext.* și *int.* în colmatarea cavităților chirurgicale.

Burovin. Grup de 2 compr. : nr. 1 conține *Calcium aceticum* 2,20 g; nr. 2 conține *Aluminium ammonium sulphuricum* 3 g, *Acidum tartaricum* 0,02 g *(ext.)*. Dizolvarea în apă a comprimatelor produce o sol. de acetat de aluminiu și un precipitat alb insolubil de sulfat de calciu. Se folosește soluția decantată, care are efecte detergente și antiseptice.

Ind.: tratamentul extern al inflamațiilor acute și subacute dermatologice de tip eritematos și vezicular (eczeme) la care pielea nu este erodată (soluția este ușor caustică), contuzii, traumatisme, arsuri de gradul I.

Mod de administrare: fiecare comprimat zdrobit se dizolvă separat în cîte 250 ml apă rece. Soluțiile se amestecă, se lasă să se depună precipitatul format și se separă lichidul supernatant, care se folosește pentru prișnițe aplicate pe suprafața afectată. Soluția păstrată la răcoare are o stabilitate bună. Prin diluare cu apă multă sau conservare îndelungată se hidrolizează și se tulbură.

Calcium bromatum subst. *(p.o)*. Pr. med.

Toate tipurile de transmisie sinaptică, inclusiv cea neuromusculară, sînt influențate de concentrația ionului de calciu. Bromul și calciul, prin mecanisme diferite, acționează sinergic, producînd sedarea S.N.C. și S.N.V.

Fen. sec. și Ind.: vezi *Ammonium bromatum*. *C. ind.*: vezi *Ammonium bromatum*, tratamentul cu preparate digitalice.

D.u.: vezi *Ammonium bromatum*. Fiolele de calciu bromat nu se administrează la copii.

Calcium carbonicum praecipitatum subst. *(p.o.)*. Antiacid prin neutralizarea acidității gastrice; antidiareic în doze mari.

Ind.: boală ulceroasă, diaree de fermentație.

D.u.: I: 0,50 g/24 ore; II: 0,75—1,50 g/24 ore; III: 1,50—3 g/24 ore, în 3 prize.

Calcium chloratum crystalisatum subst. *(p.o.)* (Vezi și Clorocalcin, Calciu clorat). Pr. med.

Antiinflamator, antialergic, acțiune antispastică asupra tubului digestiv, acțiune diuretică acidogenă, intervine în coagularea sanguină. Acțiune curativă în tetanie.

Fen. sec.: poate provoca tulburări gastrointestinale (gastrite, ulcerații ale tubului digestiv), mai ales la copii sub 2 ani. Dozele mari administrate timp îndelungat și/sau asociate cu o alimentație bogată în lapte pot favoriza cu timpul depuneri de calciu în diferite organe.

Ind.: tetanie, osteomalacie, osteoporoză, diferite stări alergice, profilaxia și tratamentul anumitor hemoragii (efect incert); edeme, revărsate inflamatorii ale seroaselor; cînd sînt necesare rații mari de calciu: tuberculoză, pubertate etc. *C. ind.*: hipercalcemii, tratament cu preparate digitalice, insuficiență renală, litiază urică, ulcere gastroduodenale.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: I (de evitat, din cauza tulburărilor digestive): 0,30—0,50 g/24 ore; II: 0,75—1 g/24 ore; III: 1,50—3 g/24 ore; se va diviza în 4—5 prize. La copii sub 2 ani este recomandabilă diluția 2%.

Calciu clorat. *Calcium chloratum* 1 g p. 1 fiolă a 10 ml sol. apoasă (*i.v.*). La copii nu se va folosi sol. 20%.

Fen. sec. : dacă soluția a pătruns din greșeală paravenos (necroză!), în acel loc se vor injecta imediat cantități mari de ser fiziologic sau 10 ml novocaină sol. 0,5 % pentru diluarea Cl_2Ca.

C. ind.: vezi *Calcium chloratum crystalisatum.* Copii sub 6 luni.

D.u.: 6—30 luni: 3—5 ml sol. 10%; 3—15 ani: 5—10 ml sol. 10%. Injectare lentă, strict *i.v.*

Calciu gluconic. Fiole 5 și 10 ml din sol. inj. 10% (*i.m.* și *i.v.*). Sol. 20% nu va fi utilizată la copii.

Fen. sec.: poate determina necroze, dacă este injectat *i.m.* la sugari și copiii mici sub 3 ani. Injectarea *i.v.* prea rapidă provoacă senzație de căldură însoțită uneori de eritem, bradicardie și mai rar de extrasistole ventriculare, aritmie sinuzală, lipotimie. Excepțional: manifestări grave de tip alergic (astm etc.).

D.u.: I: 3—5 ml numai *p.o.*; II: 3—5 ml; III: 5—10 ml. Inj. *i.m.* va fi făcută în plină masă musculară; se va injecta încet, cu toate precauțiile de asepsie.

Calciu gluconic cu vitamină D_2. *Calcium gluconicum* 10 g, *Vitaminum* D_2 1 mg (40 000 U.I.). Cutie cu 100 g granule. Calciul gluconic este o sare solubilă, bine tolerată de mucoasele digestive; resorbția este de aproximativ 40% la nivelul intestinului și crește prin prezența vitaminei D.

Fen. sec.: poate produce tulburări digestive la copii mici. Dozele mari administrate timp îndelungat și/sau asociate cu o alimentație bogată în lapte pot favoriza cu timpul depuneri de calciu în diferite organe.

D.u.: 1—6 linguriță/zi; la copii sub 3 ani se va da pisat.

Calcium glycerophosphoricum subst. (*p.o.*). Se resoarbe în cantitate mică.

Ind.: vezi Calciu gluconic.

D.u.: aproximativ 0,30 g/an de vîrstă/zi; sau I: 0,30 g/zi; II: 0,50—0,75 g/zi; III: 1—1,50 g/zi, divizat în 3 prize.

Calciu granulat. *Calcium gluconicum* 50 g p. 100 g granule. Cutie cu 100 g. Vezi Calciu gluconic cu vitamină D_2.

D.u.: $^1/_2$—2 $^1/_2$ linguriță/zi; la copii sub 3 ani se va da pisat.

Calcium lacticum. Lactat de calciu 0,50 g p. 1 compr. Cutie cu 100 compr. Subst. (*p.o.*). Sare solubilă, mai bine tolerată decît clorura de calciu, bine resorbită de intestin.

Ind. și c. ind.: vezi *Calcium chloratum.*

D.u.: I: 0,50 g/zi; II: 0,75—1,50 g/zi; III: 1,50—3 g/zi, în 3—4 prize (aproximativ 0,30 g/an de vîrstă/zi).

Calcium phosphoricum tribasicum. Fosfat tricalcic sau fosfat neutru de calciu. Subst. (*p.o.*). Neutralizant al acidității gastrice, antidiareic.

Ind.: boală ulceroasă, diaree de fermentație.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: (III): cîte un vîrf de cuţit, de 3—4 ori /zi, în timpul meselor.

Calmogastrin. *Aluminium hydroxidatum colloidale* 0,75 g, *Extr. Belladonnae siccum* 0,005 g p. 1 comprimat. Cutie cu 20 compr. Primul are acţiune antiacidă, la care se asociază cea antispastică şi antisecretorie a beladonei.

Fen. sec.: acţiunea astringentă a aluminiului poate să determine rar: greaţă, vărsături, constipaţie.

Ind.: gastrită hiperacidă, boală ulceroasă. *C. ind.:* gastrită hipo- şi anacidă, spasm piloric, stază gastrică, glaucom. Copii sub 7 ani.

D.u.: III: 1 compr. × 3/zi, înaintea meselor.

Calmotusin, sin.: Detigon. *Fenilortoclorfenil— 3—dimetilaminopropanol-clorhidrat* 50 mg/1 ml. Flacon cu 10 ml. Calmant al tusei; are o puternică acţiune centrală asupra centrului tusei şi o acţiune locală uşoară (anestezie de suprafaţă). Acţiune similară cu codeina, dar fără efectele secundare ale acesteia.

Fen. sec.: bine tolerat. Rar, greaţă, vărsături, ameţeli, somnolenţă; excepţional, stări de agitaţie şi halucinaţii. Toate dispar la întreruperea tratamentului.

Ind.: tuse iritativă acută şi cronică (neproductivă), de origine rinofaringiană îndeosebi; după adenoidectomii. C. *ind.:* bronşite productive. Copii sub 6 luni.

D.u.: sugari 6—12 luni: 5 pic. × 3—4 /24 ore; copii (după vîrstă) 5—15 pic. × 3—4/24 ore. Picăturile se dau în apă, ceai sau zeamă de fructe, nu pe zahăr.

Carbicol, sin.: Felicur. *Phenylaetylcarbinolum* 0,10 g p. 1 capsulă. Cutie cu 20 capsule. Coleretic.

Ind.: atonie veziculară, diskinezie biliară, colecistită cronică nelitiazică, constipaţie cronică. *C. ind.:* boli şi infecţii hepatice acute, colică hepatică. Copii sub 7 ani.

D.u.: 1—2 capsule/zi, în timpul meselor principale.

Carbocif. *Sulfur sublimatum* 0,05 g, *Fel tauri* 0,02 g, *Phenolphtaleinum* 0,03 g, *Carbo medicinalis* 0,196 g, *Extr. Frangulae sicc.* 0,05 g, *Atropinum sulfuricum* 0,002 g, *Aetheroleum Anisi, Aetheroleum menthae* āā 0,0018 g p. 1 compr. Cutie cu 50 compr. Laxativ prin acţiunea sinergică a componentelor.

Ind.: constipaţie, cronică. *C. ind:* abdomen acut, colită ulceroasă, boli renale, insuficienţă cardiacă, glaucom. Copii sub 7 ani.

D.u.: III: 1/2—1 compr./zi.

Carbo medicinalis. Cărbune animal 0,50 g p. 1 compr. Cutie cu 100 compr. Subst. *(p.o.)*. Acţiune adsorbantă, dezinfectantă şi antidiareică.

Fen. sec.: acţiune uşor iritantă asupra mucoasei intestinale; poate provoca uneori o creştere a motilităţii intestinale.

Ind.: adjuvant în infecţii intestinale, colite, diarei; intoxicaţii exogene.

D.u.: I:1 compr./zi; II: 1—2 compr. × 3/zi; III: 2—3 compr. × 3/zi.

Carbo vegetalis subst. *(p.o)*. Vezi *Carbo medicinalis.*

Carmol. Sol. alcoolică de uleiuri volatile. Flacon cu 40 şi 100 ml *(ext.)*. Acţiune analgezică locală şi revulsivă.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: mialgii. *C. ind.:* copii sub 3 ani.

Mod de administrare: frecţii locale.

Castrosid. Soluţie apoasă injectabilă 0,25% de *Strofantosidum K.* Fiole a 1 ml. Pr. med. Vezi Strofantină.

Cavit 9. *Vit. A* 2 000 u., *Vit. B_1* 1 mg, *Vit. B_2* 1,5 mg, *Vit. B_6* 1 mg, *Vit. PP* 3 mg, *Calcium panthotenicum* 5 mg, *Vit. C* 35 mg, *Vit. D_2* 250 u., *Vit. E* 0,5 mg, *Calcium gluconicum* 260 mg, p. 1 tabletă. Cutie cu 20 tablete. Complex polivitaminic.

Ind.: supliment în alimentaţie; convalescenţa diferitelor boli acute. *C. ind.:* tulburări acute gastrointestinale şi convalescenţa lor. Copii sub 1 an.

D.u.: II, III: 1 tabletă × 1—2/zi.

Cedecalcin. *Calcium gluconicum* 100 mg, *Calcium glycerophosphoricum* 150 mg, *Vitaminum* D_2 0,01 mg (400 u.), *Acidum ascorbicum* 100 mg p. 1 drajeu. Flacon cu 20 drajeuri. Acţiunea globală rezultă din acţiunea sinergică a componentelor.

Ind.: nevoi sporite de calciu: creştere, fracturi, tuberculoză.

D.u.: I: 1/zi (sfărîmat în lapte); II: 2/zi (sub 3 ani sfărîmat); III: 2—4/zi; cure de 10—15 zile/lună.

Cedilanide. *Desacetyllanatosid* C 0,4 mg/1 fiolă a 2 ml (*i.m., i.v.*). Pr. med. Vezi şi Lanatosid C.

Glucozidă extrasă din *Digitalis lanata* p.; are o acţiune promptă şi o foarte bună toleranţă.

Fen. sec.: reduse în raport cu acelea ale digitoxinei (datorită cumulării reduse şi eliminării rapide).

Ind.: comune parţial cu acelea ale digoxinei, care tinde să o înlocuiască în multe situaţii. Lanatosidul C rămîne indicat în tratamentul *parenteral şi de urgenţă* (insuficienţă cardiacă, chiar cu ritm normal sau lent, cardiopatii infecţioase, ca şi unele tulburări ale ritmului cardiac). *C. ind.:* vezi Digitalină.

Dozele uzuale sînt variabile în funcţie de boală, vîrstă, greutate, tipul digitalizării; pot fi modificate şi de starea ficatului, rinichiului şi echilibrul electrolitic.

Digitalizarea unui copil trebuie individualizată şi adaptată sensibilităţii bolnavului.

Înainte de începerea tratamentului, ne asigurăm că bolnavul nu a primit un digitalic în zilele anterioare.

Posologie[1]. *Digitalizare rapidă.* Prematuri, nou-născuţi şi copii cu funcţii renale perturbate: 0,022 mg/kg sau 0,3 mg/M^2. Sugari 1 lună-copii 2 ani: 0,025 mg/kg sau 0,75 mg/M^2. Copii 2—15 ani: 0,025 mg/kg sau 0,75 mg/M^2. Doza respectivă va fi divizată în 2—5 injecţii, la 3—4—6 ore interval.

La o urgenţă: doză unică (0,02 mg/kg *i.v., i.m.*).

[1] Medicii familiarizaţi cu posologia pentru adulţi pot determina posologia pentru copii de 1—15 ani, utilizînd formula: Q copil = (4 × vîrsta + 20%) din Q adult (vîrsta va fi exprimată în ani).

Scanned with OKEN Scanner

Digitalizare lentă (3—5 zile): 0,008—0,016 mg/kg/24 ore (3 injecții la 8 ore).

Tratamentul de întreținere este mai rar recomandat: 1/5 din doza de digitalizare.

Injecția *i.v.* va fi făcută încet, după ce s-a încălzit fiola la temperatura mîinii.

Cura va fi strict urmărită de medic. În timpul tratamentului nu se vor administra calciu, efedrină, adrenalină.

Cefalofen. *Procainum hydrochloricum* 0,054 g, *Coffeinum natrium benzoicum* 0,084 g p. 1 fiolă a 2 ml. Cutie cu 5 fiole *(i.m., s.c.)*. Dureri postoperatorii, cefalee.

C. ind.: Hipotensiune arterială accentuată, alergie la novocaină. Copii sub 7 ani.

D.u.: III: 1—2 ml *i.m.* sau *s.c.* în criză; se poate repeta o dată după 30—60 minute.

Chinidinum subst. *(p.o.)*. Pr. med.

Scade excitabilitatea miocardului, prelungește perioada refractară; pe inima decompensată scade amplitudinea contracțiilor.

Fen. sec.: idiosincrazia, foarte rară, se exteriorizează prin: creșterea ritmului cardiac, erupții cutanate. Semne ale toxicității: *vîjîieturi în urechi, greață, vărsături*. Substanța va fi administrată sub controlul ECG (înainte de fiecare priză), pentru a putea preveni fibrilația ventriculară.

Ind.: extrasistole, tahicardie paroxistică, fibrilație atrială. *C. ind.: insuficiență cardiacă*, endocardită bacteriană.

D.u.: posologia la sugari este discutată: unii specialiști nu se sfiesc să declare că nu au experiență, alții recomandă 25—50 mg × 3/24 ore (?) alții, se raliază la posologia propusă și pentru copii. *Copii:* Doza-test (pentru depistarea idiosincraziei): 2 mg/kg sau 60 mg/M²; dozaj terapeutic: 30 mg/kg/24 ore sau 900 mg/M²/24 ore; doza se divide în 5 prize.

Exemplu la copil mare (tahicardie paroxistică ventriculară): 50 mg doză-test. Dacă nu sînt semne de idiosincrazie, după 1—2 ore se începe tratamentul: 800—1 000 mg/primele 24 ore, în 5 prize la 4 ore (sau în 4 prize la 2 ore). *Bolnavul va fi controlat ECG înainte de fiecare priză;* dacă durata complexului *QRS* crește cu mai mult de 25%, tratamentul trebuie oprit. Dacă tahicardia persistă — și dacă clinic și ECG permite — se repetă aceeași doză în următoarele 24 ore sau cu 20% mai mult. La fel a 3-a zi. Dacă tahicardia nu a cedat în 3 zile, chinidina trebuie oprită.

Chinină. *Chininum sulfuricum* 0,25 și 0,50 g p. 1 drajeu. Cutie cu 100 drajeuri *(p.o.)*. Antimalaric; slab analgezic și antipiretic.

Fen. sec.: toxic prin supradozaj sau idiosincrazie. Primele semne: scăderea acuității vizuale, țiuituri în urechi, tulburări vizuale; greață, vărsături, cefalee.

Ind.: profilaxia și tratamentul malariei. În asociere cu alte antitermice și analgezice. *C. ind.:* idiosincrazie pentru chinină, anemii hemolitice, nevrită optică, fibrilație atrială, insuficiență cardiacă, miastenie.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: I: 0,01 g/lună de vîrstă/24 ore, pînă la 0,10 g/24 ore. În general, 0,01—0,02 g/kg/24 ore sau 0,10 g/an de vîrstă /24 ore, fără a depăși 1 g/24 ore; doza zilei se împarte în 2—3 prize, după mese.

Chininum hydrobromicum subst. *(p.o.)*. Sedativ, analgezic, antipiretic, vasoconstrictor. Pr. med. vezi Chinină (în asociere cu alte analgezice și antipiretice).

Chininum hydrochloricum subst. *(p.o., r.)*. Pr. med. Cea mai bună sare a chininei (82% chinină). Vezi Chinină. Doza/24 ore p. calea *r.* se împarte în 2 supozitoare.

Chininum sulfuricum subst. *(p.o., r.)*. Pr. med. Vezi Chinină. Doza/24 ore p. calea *r.* se împarte în 2 supozitoare.

Chloralum hydratum subst. *(p.o., r.)*. Hipnotic, antispastic, anticonvulsivant, deprimă inima și centrii vasomotori.

Fen. sec.: acțiunile colaterale asupra inimii, circulației, tensiunii arteriale și respirației — atît de temut la adulți — apar mai rar la copii. Dacă indicațiile sînt nete, medicamentul poate fi folosit cu bune rezultate — și sub *strict control medical* — în doze comparativ mai mari ca la adult. Aceasta nu este însă valabil pentru stările infecțioase-toxice, cînd toleranța este scăzută într-o măsură care nu poate fi precizată. La copil dăm preferință căii rectale. Substanța va fi totdeauna diluată, fiind iritantă pentru mucoase.

Ind.: hipnotic bun, utilizat și în convulsii, epilepsii, tetanos. *C. ind.:* boli grave cardiace și respiratorii, leziuni bulbare.

D.u.: nu există unitate de vedere asupra posologiei.

Hipnotic. Opiniile actuale sînt de acord cu doza de 0,05 g/kg/24 ore (Ph. I.) sau 1,5 g/M²/24 ore *(p.o., r.)*; doza se împarte în 3—4 prize, maximum 1 g/priză.

Sedativ, jumătate din doza hipnotică, ceea ce corespunde oarecum cu posologia clasică de 0,20 g/an de vîrstă/24 ore.

O altă posologie: I: 0,40—0,80 g; II: 0,75—1,5 g; III: 1—2 g; posologia superioară se folosește în convulsii, cea inferioară în insomnii. Cantitatea respectivă se diluează cu 1-2 linguri mucilagiu de orez sau apă și se administrează călduță cu seringa sau para de cauciuc, la care se adaptează o sondă Nélaton introdusă sus în rect (după clismă evacuatoare). În caz de ineficacitate, clisma se repetă după 2—3 ore.

Exemplu: *Rp. Chloralum hydratum* 0,40 g (I) *Mucil. gummi arabic.* 10 g, *Aqua destil. ad* 50 ml. M.D.S. Se administrează jumătate din cantitate la un sugar mare (7—8 kg).

Deoarece substanța își pierde curînd eficacitatea după diluare, recomandăm următoarele pentru a putea pregăti extemporaneu o soluție proaspătă la un anumit copil. *Rp. Chloralum hydratum:* 0,20—1 g (după greutatea sau vîrsta copilului) *D. ad vitr. fusc.* (30 g), *ne solve.* În caz de convulsie, umplem sticla cu 30 ml apă caldă și introducem imediat toată cantitatea. Soluția preparată extemporaneu va fi imediat folosită.

Forma Hipnogal este foarte potrivită pentru calea orală.

Chlorpromazinum maleicum subst. *(r.)*. Pr. med. Vezi Clordelazin. Supozitoare p. copii, 5—12,5 mg.

Scanned with OKEN Scanner

Ciclobarbital. *Acidum-5-ciclohexenyl-5-ethylbarbituricum* 0,20 g p. 1 compr. Tub cu 10 compr. Pr. med.

Derivat barbituric, sedativ și hipnotic cu durată medie de acțiune.

Fen. sec.: mai reduse ca la Fenobarbital, dar administrarea îndelungată produce obișnuință și dependență psihică mai lesne decît cu orice alt barbituric.

Ind.: insomnii; dacă sînt provocate de dureri, se asociază cu analgezice. *C. Ind.:* insuficiență hepatică și renală; idiosincrazie; sugari.

D.u.: II: 1/4 (1—3 ani)—1/2 (4—6 ani) compr.; III: 1/2—(1) compr., cu 30 minute înainte de culcare, sfărîmat în apă; după aceea va bea apă zaharată. Tratament limitat în timp.

Cifoform. 5-*Chlor-7-iod-8-oxychinoleinum* 0,25 g p. 1 compr. Tub cu 20 compr.

Acțiune desicantă asupra secreților intestinale, antiseptic local, acțiune slabă bactericidă asupra unor bacili gramnegativi. Trece puțin în circulație.

Fen. sec.: de obicei bine tolerat. Uneori, diaree ușoară după 2—3 zile de tratament, care poate fi continuat dacă tranzitul se normalizează în 1—2 zile. Rar, tulburări gastrice, prurit anal.

Ind.: enterocolite ușoare acute și cronice. *C. ind.:* intoleranță la iod, insuficiențe hepatice. Copii sub 3 ani.

D.u.: 3—15 ani: 1/4—1/2—1 compr. (după vîrstă) × 2—3/zi, după mesele principale. Cură de (cel mult) 2 săptămîni; poate fi reluat după o pauză de durată similară.

Ciocolax. *Phenolphtaleinum* 0,48 g p. 1 compr. Laxativ.

Fen. sec.: rare, datorite idiosincraziei sau dozelor prea mari, purgație exagerată, vărsături, colici; palpitație, dispnee; erupții cutanate cu prurit și senzații de arsuri.

C. ind.: abdomen acut, boli renale. Copii sub 3 ani.

D.u.: 3—6 ani: 1/4 compr.; 7—15 ani: 1/2 compr.

Citosulfan *(Busulfanum* — D.C.I.*)*. 1,4-*Dimethyl-sulfonyloxybutanum* 0,002 g p. 1 compr. Flacon cu 50 compr. Pr. med. Cariolitic cu acțiune selectivă asupra seriei mieloide.

Fen. sec.: trombocitopenie frecvent, aplazie medulară în caz de supradozaj.

Ind.: leucemie mieloidă cronică.

D.u.: posologie individuală. Aproximativ 0,06 mg/kg/24 ore sau 1,8 mg/M²/24 ore; se scade treptat pînă la doza care poate menține leucocitoza la aproximativ 20 000 leucocite/mm³. După unii: II: 2—(3) mg/zi; III: 3—4 mg/zi ca doză inițială, după aceea dozele de mai sus.

Clafen *(Cyclophosphamidum* — D.C.I.). 106,9 mg subst. p. 1 flacon a 10 ml și 213,75 mg subst. p. 1 flacon a 20 ml *(i.v.)*. Pr. med.

Agent alchilant utilizat în chimioterapia unor procese neoplazice.

Fen. sec.: stomatită, vărsături, diaree, dermatite, leucopenie, cistită hemoragică. Impun oprirea temporară a tratamentului (leucocitoza va fi controlată la 7 zile): căderea bruscă a numărului de leucocite și leucopenia sub 3 000 elemente/mm³. Alopecia este trecătoare.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. (pe cale orală): leucemia acută cu blaşti, boala Hodgkin şi afecţiuni similare (reticuloendotelioze).

D.u.: 2,5 mg/kg/zi *(p.o)*.

Tratamentul *i.v.* va fi strict individualizat şi urmărit la bolnavii spitalizaţi.

Cloramfenicol. *D-(-)-threo-1-p-nitrophenyl-2-dicloracetamido-1,3-propandiolum* 0,125 g (p. copii) şi 0,250 g (p. adulţi) p. 1 drajeu. Flacon cu 12 drajeuri. Subst. *(r., ext.)*. Pr. med.

Antibiotic de sinteză. Este un *antibiotic „de rezervă"*, utilizat mai ales în infecţiile cu salmonele, unele meningite (şi unele infecţii cu stafilococi rezistenţi la penicilina cristalizată). Absorbţie digestivă rapidă şi bună, concentraţie intestinală activă, cu modificarea florei coliforme intestinale, care este înlocuită de ciuperci, *Proteus, Pseudomonas*. Atinge rapid o concentraţie sanguină puternică, ce se menţine 4—6 ore. Absorbţia pe cale rectală este destul de bună. Difuziunea în ţesuturi este foarte bună şi rapidă, pătrunde chiar intracelular. În L.C.R. atinge concentraţii importante, 30—50% din nivelul sanguin; în urină numai o mică parte se elimină sub formă activă, dar suficient pentru a fi activ în infecţiile urinare cu germeni sensibili.

Spectrul de acţiune este apropiat de acela al tetraciclinei: 1) *bacili gramnegativi (B. coli*, salmonele, *Shigella, Proteus, H. pertussis, H. influenzae*, B. Friedländer, *Brucella, B. tularensis, Pasteurella)*; 2. *coci grampozitivi* (stafilococi, streptococi, enterococi, pneumococi); 3) *coci gramnegativi* (meningococi, gonococi); 4) *bacili grampozitivi* (B. *anthracis)*; 5) rickettsii; 6) miagawanele; 7) spirochete. Rezistenţa microbiană la cloramfenicol este moderată şi progresivă; mai frecventă în spitale (stafilococii, infecţii urinare) şi paralelă cu utilizarea sa.

Fen. sec.: accidentele toxice predomină faţă de cele alergice.

Caracteristic nou-născuţilor şi mai ales prematurilor este *colapsul acut mortal, sindromul cenuşiu*. O cădere bruscă a temperaturii în cursul tratamentului poate constitui semnalul de alarmă. Celelalte simptome: copiii refuză alimentaţia, varsă, creşte ritmul respirator, apare dispneea şi pielea capătă o culoare cenuşie „ca cenuşa". Moartea survine în 24—48 ore de la instalarea simptomelor. Dacă tratamentul este oprit imediat, la primele semne, simptomele pot dispărea în 1—2 zile. Sindromul este provocat de eliminarea insuficientă a cloramfenicolului prin rinichiul imatur şi prin insuficienţa tranzitorie a glicuronoconjugării în ficat.

Tulburări digestive: anorexie, greaţă, dureri abdominale, vărsături, diaree (mai ales la dozele mari), mai frecvente decît la tetraciclină; prognostic de obicei benign.

Dramatică şi gravă este enterita stafilococică. Cunoscută mai ales sub acest nume, ea poate să fie produsă şi de *Pseudomonas* sau *Candida*. Această boală trebuie atribuită perturbării florei intestinale fiziologice, selectării de tulpini rezistente şi/sau unei suprainfecţii bacteriene sau micotice. Ea apare mai ales la 3—6 zile de la debutul tratamentului şi mai frecvent în spital; colaps care poate fi ireversibil, stare acută de deshidratare, vărsături, diaree incoercibilă etc. O tahicardie — în rest inexplicabilă — poate fi un semnal de alarmă. Simptomele generale şi colapsul pot apărea chiar înaintea diareei. Tratamentul de urgenţă: rehidratare şi corectarea pierderilor de Na şi K,

Scanned with OKEN Scanner

Norartrinal și alte analeptice, Hidrocortizon hemisuccinat *i.v.*, un antibiotic activ față de germenii respectivi (stafilococii sînt „de spital" de obicei). Este evident că vitaminele complexului B nu pot preveni această boală.

Dozele de 50—75 mg/kg și/sau tratamentele mai lungi de 5—6 zile pot produce la sugari (chiar din a 4-a — 5-a zi) *ileus stercoral:* oprim imediat antibioticul, Miostin *i.m.*

Utilizarea mai îndelungată (peste 5—6 zile) poate avea o influență dăunătoare asupra activității secretorii intestinale: cloramfenicolul inhibă *in vitro* pepsina, lipaza și amilaza.

Alterațiile cutaneomucoase: sînt similare cu cele produse de tetracicline (mai frecvente la distrofici, denutriți, bolnavi tratați cu cortizon): glosită, cheilită, stomatită, limbă neagră, cu tendință la propagare (esofagită, anorectită); traheită, bronșită, vulvovaginită, dermatite etc. Sînt provocate mai ales de *Oidium albicans* (chiar endocardite, septicemii) sau mai rar produse de carența vitaminelor din complexul B. Dacă tratamentul durează mai mult de 5 zile, se va căuta la 2—3 zile ciuperci în urina proaspăt emisă pentru a surprinde și în acest fel eventualul debut al unei candidoze severe. Dermatitele, vulvovaginitele și anorectitele sînt cele mai persistente și rebele la tratament: oprim tratamentul cu cloramfenicol, prescriem măsuri de igienă, fungicide locale ca violetul de gențiană sol. 0,25—1%, pomadă cu Stamicin 100 000 u./g, Stamicin *p.o.* pentru probabila candidoză digestivă asociată, Electovit sau injecții cu vitamina B complex. Angina sau scarlatina stafilococică pot apărea izolat sau însoțesc enterita stafilococică.

Accidentele sanguine: anemie aplastică cu *sindrom hemoragipar, leucopenie* și *agranulocitoză, panmieloftizie.* La copii sînt extrem de rare; totuși vom avea în vedere această eventualitate cînd dorim să recomandăm cloramfenicol unui copil. Hemogramă la începutul tratamentului și repetată la fiecare 5 zile, dacă tratamentul este mai lung.

Accidente circulatorii. Eliberarea masivă de endotoxine poate favoriza colapsul la bolnavii cu salmoneloze tratați cu cloramfenicol; de aceea posologia va fi crescută treptat în primele 2—3 zile de tratament.

Accidente nervoase: neliniște, ameteli, convulsii și mai ales tulburări psihice (delir, confuzie mintală, halucinații) pot fi favorizate de endotoxinemia excesivă provocată de liza brutală a bacililor gramnegativi (accentuarea unei encefalite existente).

Tulburări ale metabolismului muscular (rare): astenie, tulburări ale acomodației.

Ind.: antibioticul de elecție în *febra tifoidă* și *paratifoidă, infecții cu salmonele* și *meningitele purulente cu bacili gramnegativi.*

Poate fi utilizat și în infecțiile determinate de germenii citați (și sensibili la cloramfenicol!) *dacă nu putem utiliza alt antibiotic,* care să fie probabil tot atît de eficace, dar cu un potențial toxic mai redus (infecții stafilococice, urinare, pulmonare, chirurgicale, dizenterie, tuse convulsivă, rickettsioze, miagawaneloze; tularemie, bruceloză).

C. ind.: nou-născuți pînă la 14 zile (la imaturi și peste această limită), în funcție de gradul imaturității. Sindroame și boli similare cu cele pe care le poate provoca cloramfenicolul.

D.u.: posologia și durata tratamentului riguros determinate de medic, care va urmări bolnavul. În timpul tratamentului: vitamine din complexul B,

Scanned with OKEN Scanner

adică Electovit, Viplex, Polivitamine, Cavit 9, fiole Complex B (drajeurile B complex au o concentrație redusă) și iaurt.

Calea orală. La sugari și copii mici se va da preferință suspensiei de cloramfenicol palmitat. Drajeurile sînt indicate mai ales pentru copiii peste 4—5 ani. Suspensia: flaconul se va agita înainte de folosire; o linguriță conține 125 mg cloramfenicol bază (= 250 mg cloramfenicol palmitat). Posologia de mai jos se referă la cloramfenicol-bază. Copii 0-14-(30) zile: interzis! Unii autori recomandă totuși cloramfenicolul la nou-născuți la termen în primele 14 zile de viață, cu *posologia de 25 mg/kg/24 ore*, dacă acest antibiotic are indicație vitală și cu o urmărire foarte atentă. Prematuri: interzis pînă la 21—30 zile. Sugari de (1/2)—1—3 luni, născuți la termen, cu greutate normală: 40—50 mg/kg/24 ore. I (peste 3 luni): 50 mg/kg/24 ore, II: 50—(100) mg/kg/24 ore; III: 40—(50) mg/kg/24 ore. Doza zilei se împarte în 4—(6) prize egale la 6—(4) ore. Nu se va depăși 2 g/24 ore. În infecțiile cu bacili gramnegativi nu se va folosi doză de atac. Durata tratamentului: de obicei 3—5—(6) zile în infecțiile digestive; de obicei 5—(7) zile în infecțiile respiratorii; peste 7 zile în cazuri excepționale, cu o motivare temeinică și o atentă urmărire a bolnavului, în asociere cu Stamicin (vezi *Fen. sec.*).

Parenteral. Cloramfenicol hemisuccinat de sodiu.

Calea rectală. Nu este recomandabilă, deoarece cloramfenicolul este frecvent utilizat la copii care au diaree sau care vor căpăta probabil diaree prin introducerea la fiecare 6 ore a supozitoarelor (doza va fi 25% mai mare decît la calea orală).

Uz extern. Toleranța cutaneomucoasă este bună și este utilizat în pomezi sau pudre dermatologice cu concentrația 1%.

Cloramfenicol hemisuccinat de sodiu. Flacon conținînd echivalentul a 1 g cloramfenicol (*i.m., i.v.*). Pr. med. Vezi Cloramfenicol pentru generalități. Injectarea produsului este bine tolerată și nu dă reacții locale secundare dacă sînt respectate prescripțiile respective.

Prepararea soluției: se dizolvă conținutul unui flacon în 5 ml ser fiziologic, obținîndu-se sol. 20% p. inj. *i.m.;* pentru calea *i.v.* se folosește sol. 5—10%

Preparatul este indicat cînd calea orală nu poate fi folosită.

D.u.: pentru copii peste 3 luni: aceleași doze ca la calea orală (fără a depăși 1 g/24 ore), doza zilei va fi divizată în 3—4 inj. (la 6—8 ore — *i.m.*); *i.v.* se administrează prin perfuzie continuă.

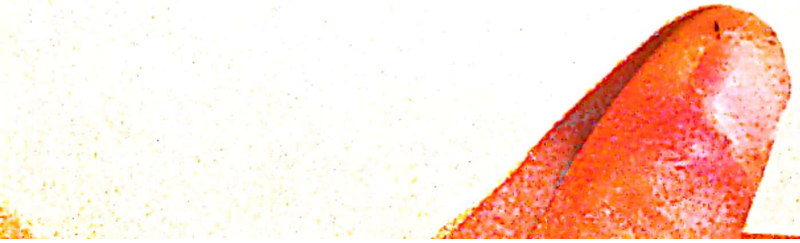
Cloramfenicol palmitat. Cloramfenicol palmitat suspensie 5%. Flacon de 50 g (*p.o.*). Pr. med.

Esterul palmitic al cloramfenicolului este lipsit de gustul amar al acestuia, de aceea produsul este lesne acceptat de copii.

Farmacologie, fen. sec., ind., c. ind: vezi Cloramfenicol.

D.u.: în ceea ce privește posologia se va ține seama că o linguriță de suspensie (5 ml) conține aproximativ 125 mg cloramfenicol bază. Flaconul se va agita înainte de întrebuințare.

Cloramină B. *Natrium benzensulfonchloramidum* 0,50 g p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. Prin hidroliză rezultă acid hipocloros liber, antiseptic și bactericid.



Scanned with OKEN Scanner

Ind.: dezinfectarea mîinilor și instrumentelor, sterilizarea veselei (5 g = 10 compr./litru apă), spălatul plăgilor și al cavităților (1—3 g = 2—6 compr./litru apă), gargarisme (2 g = 4 compr./ litru apă).

Clordelazin *(Chlorpromazinum HCl* — D.C.I.). *3-Chloro-10-3-dimetylamino propyl). Phenotiazinum maleicum* 30 mg p. 1 drajeu. Flacon cu 50 drajeuri. Pr. med. *(p.o., r.)*. Vezi Plegomazin fiole și Chlorpromazinum subst.

În funcție de doză, acționează asupra S.N.C. ca *tranchilizant, sedativ, hipnotic* și *anticonvulsivant. Spasmolitic. Simpatolitic și anticolinergic. Ganglioplegic.* Puternic narcolitic. Acțiune antiemetică. Potențează acțiunea analgezicelor, anestezicelor și curarizantelor.

Fen.sec.: somnolență, uscăciunea gurii, pirozis, hipotensiune arterială; fenomenele de tip parkinsonian survin mai ales la dozele mari și la unii bolnavi. Pot fi evitate dacă se începe cu doze mici și se crește treptat, după toleranță. Dermatite alergice la bolnavi și personalul de îngrijire. *Hepatotoxic. Icter colostatic.* La sugari pot apărea *apnee prin spasmul glotei, bronhoplegie, meteorism abdominal, oligurie* marcată cu *retenție urinară.*

Ind.: vărsături; boli infecțioase (toxiinfecții alimentare, tetanos grav, dizenterie); algii rebele la antinevralgicele obișnuite; coree Sydenham; colici renale și hepatice; toxicoză, prurit acut; tulburări de comportament, anumite insomnii, encefalopatii, diferite psihoze; preanestezie, hibernație artificială, profilaxia și terapeutica șocului traumatic sau postoperator. *C. ind.:* pe cît posibil nu se va administra în primele 3 luni de viață. Pneumonopatii cu secreții abundente. Hipotensiune. Leziuni hepatice. Oligurie marcată la sugari. Comă barbiturică, etilică sau prin opiacee. Nu se asociază cu medicamente hipotensoare.

D.u.: utilizînd dozele terapeutice și cu precauțiile necesare, clorpromazina este de obicei bine tolerată. Diversitatea activităților impune supravegherea medicală a tratamentului.

Calea orală răspunde majorității indicațiilor pediatrice, mai ales pentru tratamentele lungi și tratamentul stărilor cronice cu simptomatologie moderată. Poate fi folosit și ca un complement al terapeuticii parenterale, cînd dorim să nu întrerupem brusc tratamentul. Se folosesc drajeuri și cașete sau pachete preparate cu substanță: 1—2—(3) mg/kg/24 ore, divizate în 2—3—(4) prize, cu cîte 50—100 ml apă (efectul terapeutic al unei doze este de 6—12 ore). Doza socotită necesară nu va fi atinsă decît după o creștere progresivă de cîteva zile (în afara urgențelor terapeutice). *Tratamentul va fi strict urmărit de medic;* la dozele mari, bolnavul va păstra poziția orizontală, în special în primele 30—60 minute după administrare (pericol de colaps ortostatic).

Calea rectală. Supozitoarele (se prepară cu substanță) pot fi folosite în caz de vărsături și cînd medicul apreciază că nu este necesară calea parenterală sau ca un complement al căii bucale sau parenterale, cînd dorim să menținem efectul terapeutic și în cursul nopții (p. 277).

Calea parenterală: Plegomazin.

Clorfenoxamină, sin.: Systral. Clorhidrat de clorfenoxamină 20 mg p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Antihistaminic și antialergic. Efectele sedative ale drogului sînt destul de marcate.

Scanned with OKEN Scanner

Fen. sec., ind., c. ind.: vezi Romergan și Feniramin.

D.u.: tratamentul va fi individualizat și se va începe cu dozele cele mai mici. Antihistaminic: 2—3 ori/zi cîte 5—10 mg (1—2 ani), 10—15 mg (2—6 ani) 10—20 mg (6—14 ani). Sedativ: 5—10—15 mg (după vîrstă), seara.

Cloristin. *Hystidinum hydrochloricum* 0,20 g/1 fiolă a 5 ml (sol. 4%). Cutie cu 10 fiole (*i.m.*). Aminoacid care intervine în troficitatea mucoasei gastrointestinale (în procesul de regenerare a epiteliului ulcerat).

Fen. sec.: nu s-au observat.

Ind.: boala ulceroasă, colita ulceroasă. *C. ind.:* hemoragiile bolii ulceroase.

D.u.: III: 1 fiolă/zi *(i.m.)*, cură de 3 săptămîni cu 1 lună pauză.

Clorocalcin. *Calcium chloratum* 18,20 g p. 100 ml sol. Flacon cu 50 ml *(p.o.)* (1 g sol. = 32 pic. = 0,18 g *calcium chloratum)*. Vezi *Calcium chloratum crystallisatum*. Se administrează după mese, totdeauna diluat 1/2—1/10 cu apă îndulcită, lapte sau lichid mucilaginos.

Clorochin *(Chloroquinum diphosphoricum* — D.C.I.*). Diphosphat 7-chloro-4-(4'-diaethylamino-1'-methylbutylamino)-chinoleinum* 0,40 g p. 1 compr. Flacon cu 50 compr. *(p.o.)* Pr. med.

Antimalaric foarte recomandat: deosebit de activ asupra formelor eritrocitare; nu acționează asupra celor exoeritrocitare (deci ineficace în profilaxie). Antiparazitar: amibiază extraintestinală, lambliază, toxoplasmoză, teniază și leishmanioză.

Fen. sec.: dozele eficace în accesul malaric pot produce cefalee, insomnie, tulburări vizuale, tulburări digestive, prurit. După administrarea îndelungată pot apărea: tulburări ale acomodației (retinită pigmentară), depozitare de cristale în cornee cu tulburări de vedere (controlul specialistului la 3—4 luni); astenie, cefalee; tulburări digestive (pot dispărea deși se continuă tratamentul); erupții lichenoide (rare). Tulburările dispar prin oprirea tratamentului (leziunile corneene regresează foarte încet). Deși foarte rar, pot apărea tulburări sanguine (hemogramă periodic).

Ind.: în bolile citate a înlocuit Mepacrina, avînd o acțiune mai puternică și fenomene secundare mai reduse. Are acțiune discutabilă în reumatismul cronic și lupusul eritematos; tinde să fie părăsit din cauza efectelor secundare. *C. ind.:* insuficiență hepatică și renală.

D.u.: malarie: tratamentul curativ durează 3 zile și însumează 2 g la un adult de 70 kg: în prima zi se administrează Clorochin, la începutul zilei 0,80 g și după 6 ore încă 0,40 g; în cele 2 zile următoare cîte 0,40 g/zi, în doză zilnică unică. Tratament de întreținere: 0,40 g o dată /săptămînă. Medicamentul se administrează după mese, pentru a evita unele fenomene secundare. Pentru copii se procedează ca la adult, cu următoarele doze:

Copii	sub 1 an:	1/5	din doza	adultului
„	1— 2 ani:	1/4	„ „	„
„	3— 5 ani:	1/3	„ „	„
„	6—12 ani:	3/4	„ „	„

În reumatismul cronic și în alte boli 0,005—0,01 g/kg/24 ore (copii peste 1 an) ca indicație generală (Ph. I.).

În reumatismul cronic nu există unitate de vedere, nici asupra dozelor, nici asupra duratei tratamentului. Unii recomandă să se înceapă cu o doză mai mare, pentru ca după 10—12 zile să se scadă la 1/2—1/3 din doza inițială care se continuă 6 săptămîni sau să se administreze doze mici în mai multe serii de cîte 20 zile. Unii recomandă doze foarte mici: 62,5 mg/zi (doză unică) la copiii sub 20 kg sau 125 mg/zi (doză unică) la copii peste 20 kg (150/mg/M²/24 ore). Răspunsul la tratament este evident după mai multe săptămîni pînă la 1 an. Nu se știe cît timp trebuie continuat (sînt și remisiuni spontane).

Codamin. *Aminophenazonum* 0,30 g, *Phenacetinum* 0,20 g, *Coffeinum citricum* 0,025 g, *Codeinum phosphoricum* 0,015 g p. 1 compr.

Fen. sec.: în caz de utilizare îndelungată, cele ale fenacetinei.

Ind.: analgetic și antipiretic prin acțiunea potențată a componentelor. *C. ind.:* leucopenie și granulocitopenie; insuficiență cardiacă, hepatică și renală; intoleranță la componentele produsului. Copii sub 12 ani.

D.u.: 12—15 ani: 1—2 compr./24 ore.

Codeinum (eterul metilic al morfinei) subst. *(p.o., r.)* Pr. med.

Acțiune narcotică mai redusă decît a morfinei.

Fen. sec.: creșterea excitabilității nervoase pînă la convulsii, somnolență pînă la comă, retenție urinară. Folosirea îndelungată = *codeinism.*

Ind.: sedativ al durerii, calmant al tusei iritative. *C. ind.:* copii sub 1 an: tulburări grave circulatorii și renale (convulsii prin acumulare), afecțiuni respiratorii cu abundente secreții bronșice.

D.u.: Doza uzuală este de 0,002 g/an de vîrstă/24 ore (Ph. I.). După greutate: 1—1,5 mg/kg/24 ore sau 30—50 mg/M²/24 ore, doza se divide în 6 prize; după vîrstă: II: 0,004—0,01 g/24 ore; III: 0,01—0,03 g/24 ore, doza zilei se divide în 2—(3) prize.

În caz de somnolență oprim tratamentul. Incompatibilitate cu alcalinele *(Liq. ammon. anis.)* în soluții concentrate.

Codeinum phosphoricum subst. *(p.o., r.)*. Pr. med. Vezi Codeinum. Față de aceasta, dozele pot fi cu 15%—25% mai mari.: 0,0025 g/an de vîrstă/24 ore (Ph. I.).

Codenal. *Codeinum purum* 0,0115 g, *Phenobarbitalum* 0,0085 g p. 1 compr. Tub cu 10 compr. Vezi Codeinum și Fenobarbital. Este interzis pentru copii sub 3 ani.

D.u.: 3—6 ani: 1/2—1 compr./24 ore; 7—15 ani: 1—2 compr./24 ore. Fragmentarea dozei în 2—3 prize/24 ore este obligatorie.

Coffeinum subst. *(p.o., r.)*. Pr. med.

Stimulent al întregului S.N.C. (mai evident în caz de somnolență), excitant al centrilor bulbomedulari (mai ales cel respirator), stimulează miocardul, vasodilatator al vaselor splanhnice, slab diuretic. Mărește consumul de oxigen al S.N.C. și miocardului. Acțiunea de vasoconstricție, vasodilatație, hipertensiune și hipotensiune sînt diferite la centru sau la periferie, fiind în funcție și de starea fiziologică sau patologică. Crește permeabilitatea vasculară, dilată vasele cerebrale (potențează acțiunea fenobarbitalului în epilepsie). Antagonist al narcoticelor și hipnoticelor. Stimulează secreția gastrică.

Scanned with OKEN Scanner

Fen. sec.: puțin toxic, bine tolerat. La unii: nervozitate, insomnie, palpitații. Toxicitate la dozele mari: neliniște accentuată pînă la delir, tulburări de vedere, vîjîieturi în urechi, tahipnee, tahicardie și extrasistole, palpitații, diureză crescută, hipertonia musculaturii striate, tremurături.

Ind.: Toleranță inegală la sugari. Excitant cortical, în intoxicații, șoc sau colaps de origine centrală. *C. ind.:* stări de hiperexcitabilitate nervoasă, tahicardie, miocardite, insuficiență cardiacă cu tahicardie, cardiopatii cronice.

D.u.: calea orală este folosită mai ales pentru a potența analgezicele sau fenobarbitalul în epilepsie. II: 0,10—0,15 g/24 ore; III: 0,20—0,30 g/24 ore; în 2—3 prize; pentru prînzul cafeinat: 0,20 g/300 ml apă (III).

Coffeinum citricum, citrat de cafeină, subst. *(p.o.)*. Vezi Coffeinum; îndeosebi la migrene, asociat cu alte droguri.

Coffeinum et natrium benzoicum 0,25 g/1 fiolă a 1 ml sol. apoasă inj. 25% *(i.m.)*. Subst. *(p.o.)*. Vezi Coffeinum. Sugarii arată o toleranță inegală, ceea ce impune rezerve pentru calea parenterală la această vîrstă.

D.u.: I: 0,5 ml/24 ore; II: 1—1,5 ml/24 ore; III: 1,5—2 ml/24 ore. Sau: sub 3 luni; 0,05—0,10 g/24 ore; 3—30 luni: 0,10—0,20 g/24 ore; 30 luni — 15 ani: 0,20—0,50 g/24 ore (Ph. I.). Doza zilei se împarte în 2—(3) inj. *i.m.* (pe cale *s.c.* sînt dureroase). La o urgență: 8 mg/kg/doză (max. 0,50 g) sau 0,25 g/M²/doză.

Colebil. *Fel tauri siccum* 0,10 g, *Natrium salicylicum* 0,09 g, *Methenaminum* 0,05 g, *Aetheroleum menthae* 0,005 g, p. 1 drajeu. Flacon cu 20 drajeuri *(p.o.)*. Coleretic și colagog.

Ind.: colecistatonie, colecistită cronică, constipația prin hipocolie. *C. ind.:* colecistită acută, hepatită acută. Copii sub 7 ani.

D.u.: III: 1 drajeu × 3/zi, după mese, 2—3 săptămîni.

Colimycine. Colistin sulfat (D.C.I.) 250 000 u.p.1 compr. și Colistin metansulfonic 500 000 u. sau 1 000 000 u.p.1 flacon subst. uscată (+ 1 fiolă de 3 ml apă distilată). Pr. med.

Fiind o polimixină (forma E), toate caracteristicile sînt identice cu polimixina B. Rezistența este încrucișată între ele.

Farmacologie, fen. sec., ind., c. ind., precauții: vezi Polimixină B. Toxicitatea ar fi după unii mai redusă.

D.u.: p.o.: 100 000—150 000 u./kg/24 ore (în 3—4 prize, la 8—6 ore). Prematuri, nou-născuți: aproximativ 50 000 u./kg/24 ore. *I.m.:* în general 30 000—50 000 u./kg/24 ore. Copiii sub 6 ani: 500 000—1 000 000 u./24 ore. Copiii peste 6 ani: 1 000 000—2 000 000 u./24 ore. Nou-născuți, prematuri: aproximativ 20 000 —40 000 u./kg/24 ore. Doza este împărțită în 2-3 inj., profund *i.m.* (tratament prescris și strict urmărit de medic, dată fiind toxicitatea pe această cale).

Colir cu sulfacetamidă. *Natrium sulfacetamidum (Sulfacetamidum* — D.C.I.) 10 g, *Uree puris* 5 g, *Natrium chloratum* 0,90 g, *Nipaginum* 0,05 g, *Alcoholum aethylicus* 0,25 g, *Aqua destill. ad* 100 ml. Flacon cu 10 ml *(ext.)*.

Soluție stabilizată și izotonizată față de secreția lacrimală de sulfacetamidă, sulfamidă solubilă (deci permite concentrații mari) și foarte bine tolerată de mucoasele oculare.

Fen. sec.: sensibilizarea la sulfamidă este rară; oprim administrarea, antihistaminice.

Ind.: toate afecțiunile inflamatorii ale conjunctivelor.

Mod de întrebuințare: se instilează cîte 1—2 pic. în fiecare ochi — la unghiul intern — la interval de 3—4 ore sau mai des (dacă recomandă specialistul). Badijonaj, o dată pe zi, pe conjunctiva eversată. Pipeta se va steriliza prin fierbere înainte de fiecare utilizare.

Colisan. *Cholinum hydrochloricum* 20 g, *Excipiens q.s. ad* 100 ml. Flacon cu 125 ml *(p.o.)*.

Factor lipotrop, previne depunerea excesivă de grăsimi și înlătură excesul de grăsimi din ficat, participă la sinteza fosfolipidelor.

Fen sec: produs bine tolerat; rar, diaree; dozele mari pot provoca efecte similare excitației vagale.

Ind.: ale Mecoparului. *C. ind.:* prima copilărie.

D.u.: II: 1/2 linguriță × 1—3/zi; III: 1 linguriță × 1—3/zi, cu o oră înaintea meselor.

Cornemin. Unguent cu: Hidrocortizon acetic 1 g, Neomicină sulfurică 0,5 g, Colesterol 3,5 g, Lanolină anhidră 8 g, Vaselină albă 85 g, Apă distilată 1,5 ml. Tub a 20 g. Pr. med.

Acțiune locală antiinflamatorie, antiexsudativă, antiproliferativă, antipruriginoasă, combate și suprainfecția.

Ind.: formele subacute și cronice ale dermatitelor de contact și eczemelor. *C. ind.:* stadiul acut al bolilor citate. Intoleranță locală. Tuberculoză cutanată, infecții fungice, majoritatea afecțiunilor virotice cutanate (inclusiv herpesul și varicela).

Mod de întrebuințare: o cantitate mică de unguent va fi aplicată de 2—3 ori/zi pe suprafața afectată; se va favoriza pătrunderea în piele printr-un masaj ușor.

Precauții: Cantități mari de unguent, administrate timp îndelungat, pot provoca efectele secundare ale corticoizilor administrați pe cale generală.

Cortizon acetat *(Cortisonum acetylatum* — D.C.I.*). Cortizonum aceticum* 0,025 g p. 1 fiolă — suspensie apoasă injecție i.m. a 5 ml. Cutie cu 5 fiole. Pr. med. Term. val.

Acțiuni fiziologice, farmacologice și fenomene secundare, vezi Prednison, cu mențiunea că favorizează hipercortizonismul (sindromul cushingoid) cu toate consecințele sale.

Ind.: vezi Prednison. Folosit temporar (vărsături etc.) — ca și Supercortisol inj. — pînă ce se poate administra Prednison sau Prednisolon *p.o.* Pentru urgențe trebuie preferat Hidrocortizon hemisuccinat, sau Urbason. *C. ind.:* vezi Prednison.

D.u.: posologia (strict individualizată) și durata tratamentului vor fi riguros determinate de medic, în funcție de boală, vîrstă, greutate și răspuns la tratament. Medicul va urmări bolnavul în timpul tratamentului.

Doze fiziologice de substituție: 0,7 mg/kg/24 ore sau 20 mg/M²/24 ore. Sindromul adrenogenital: 1,75 mg/kg/24 ore sau 50 mg/M²/24 ore. Doze

Scanned with OKEN Scanner

farmacologice, în funcție de boală: 2,5—10 mg/kg/24 ore sau 75—300 mg/M²/24 ore. Doza/24 ore se divide în 3—4 inj. i.m., la intervale egale. Fiola se agită înainte de întrebuințare.

Precauții: Vezi Prednison. Regim *desodat*, supliment de ClK, urmărirea zilnică a presiunii arteriale etc.

Cutaden. *Ammonium sulfoichtyolicum* 1,5 g, *Extr. hammamelidis spiss* 0,13 g, *Zincum oxydatum* 15 g, *Natrium boracicum* 0,10 g, *Titanum oxydatum* 6 g, *Excipiens q.s. ad* 100 g. Tub cu circa 23 g unguent *(ext.)*. Acțiune antiinflamatorie, topică, keratoplastică, adsorbantă, astringentă și sedativă prin componentele sale.

Ind.: eczeme uscate. *C. ind.:* eczeme exsudative.

Mod de întrebuințare: se aplică local, 1—2/zi.

Cycloserinum (D.C.I.) subst. *(p.o.)*. Pr. med.

Tuberculostatic de rezervă, dacă B. K. sînt rezistenți la tuberculostaticele majore.

Fen. sec.: mai ales la doze mari: dermatite, leziuni ale S.N.C., alergizare posibilă. Pot fi prevenite și combătute prin piridoxină. Atenție în caz de funcții renale perturbate, epilepsie.

D.u.: în primele 2 săptămîni: (doză inițială) 10 mg/kg/24 ore sau 300 mg/M²/24 ore, în 2 prize *(p.o.)*. Doză de întreținere: cea care întreține un nivel sanguin de 20μg/ml.

Decaderm unguent. Clorură de decametilen-bis-4-aminochinaldină 0,4 g, Alcool cetilic 17 g, Vaselină albă 27 g, Glicerină 15 g, Tween 80 7 g, Apă distilată 35,6 g. Tub a 50 g. Soluție pentru uz extern: Clorură de decametilen-bis-4-aminochinaldină 0,5 g, Propilenglicol pînă la 100 g. Flacon a 20 ml.

Antiseptic pentru anumite infecții.

Ind.: infecții bacteriene și fungice ale pielii și mucoaselor.

Mod de administrare: suprafețele lezate se ung cu pomadă o dată pe zi sau se fac aplicații de 3—4 ori/zi cu soluție. Eventual se acoperă cu pansament.

Dicynone. *Etanisylatum* — D.C.I.). Dihidroxi-1, 4-benzensulfonat-3-dietilamoniu 250 mg/1 fiolă a 2 ml. Cutie cu 6 fiole p. inj. *i.m.* Pr. med. Drog bine tolerat, care contribuie la normalizarea timpului de sîngerare prelungit și a rezistenței vasculare perturbate de anumite terapeutice.

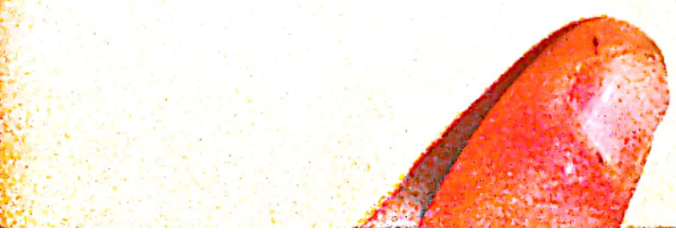
Ind.: prevenirea și tratamentul manifestărilor hemoragice produse de terapeutica antiinflamatorie și anticoagulantă. Nu este trombogenă. *C. ind.*: nu sînt cunoscute. Sugari.

D.u.: II-III 1/2 fiolă × 2—3 /zi.

Dietilstilbestrol (D.C.I.). 1 mg. p. 1 compr. Flacon cu 50 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Estrogen sintetic la fel de eficace *p.o.* ca Estradiolul inj. *Ind.:* toate indicațiile hormonilor ovarieni. *C. Ind.*: stări de hiperfoliculinemie, insuficiență hepatică. Copii sub 3 ani.

D.u.: 10—50 γ/kg/zi.



Scanned with OKEN Scanner

Digitalină *(Digitoxosidum* — D.C.I.*)* sin: Digitoxină. *Digitalinum crystalisatum* sol. hidroglicerinată alcoolică $1^0/_{00}$. Flacon cu 10 ml (1 ml = 50 pic. = 1 mg; 1 pic. = 0,02 mg) *p.o.* Pr. med.

Toți derivații digitalici au în principiu aceleași efecte asupra inimii: cresc forța de contracție a miocardului, cresc excitabilitatea miocardului, scad viteza de conducere atrioventriculară și frecvența cardiacă, reduc volumul diastolic al inimii; determină modificări caracteristice în ECG. Aceste efecte sînt nete pe miocardul insuficient; miocardul normal nu răspunde (sau răspunde foarte slab) la dozele terapeutice de digitalice.

Digitoxina este o glucozidă pură și cristalizată, foarte apropiată de lanatosidul A; datorită proprietăților sale (vezi tabelul alăturat), o eventuală intoxicație, o dată ce a apărut, persistă un timp îndelungat.

Fen. sec.: fixarea pe proteinele sanguine, în miocard, în ficat și plămîn, metabolizarea lentă și eliminarea înceată, ca și repetarea dozelor de digitalină într-un anumit ritm determină acumularea digitalinei în organism. Acest fenomen este absolut necesar pentru efectul terapeutic al digitalicelor în general și al digitalinei în special. Dacă acumularea depășește anumite limite apare intoxicația: anorexie, greață, vărsături, dureri abdominale, diaree, extrasistole (bigeminate), bradicardie accentuată, disociație atrioventriculară, cefalee, astenie. Dozele mari de digitalină cresc intens excitabilitatea miocardului, tahicardia poate ajunge pînă la fibrilație ventriculară mortală.

Deși copilul arată de obicei o toleranță bună față de digitalice, *intoleranța la digitală și intoxicația cu digitală pot apărea foarte devreme sau la o posologie moderată.* Primele simptome sînt: rărirea progresivă, a pulsului, extrasistole, anorexie, greață și vărsături. Intoxicația poate să apară precedată numai de un singur simptom (vărsătura este cel mai comun). Semnele din ECG sînt caracteristice, dar intoxicația poate apărea la copil înainte de instaurarea acestor semne. Cea mai frecventă manifestare a intoxicației digitalice este aritmia. Orice tip de aritmie care apare în cursul digitalizării trebuie pusă în legătură cu acest tratament, deci cu o intoxicație posibilă.

Tratamentul intoxicației: oprim digitala, administrăm *p.o.* 1—2 g ClK /zi; alte măsuri în funcție de tipul manifestărilor clinice (Fenitoin în blocul auriculo-ventricular).

Profilaxia intoxicației poate fi optim realizată, dacă reținem că „administrînd unui copil o doză aparent terapeutică (N.B. saturație rapidă), el primește aproximativ 2/3 (sau mai mult) din doza toxică și 40% din doza minimală letală" (S. J. Robinson).

Intoxicația poate apărea la diferite doze și la anumiți indivizi, dar poate apărea la aceeași doză și la același bolnav dacă s-a modificat echilibrul electrolitic.

Indicațiile digitoxinei decurg din proprietățile acestei glicozide: în insuficiențele cardiace cu ritm rapid, cu tahiaritmie și în fibrilațiile auriculare cu ritm ventricular rapid, cînd:

— drogul poate fi administrat *p.o.*

— starea nu constituie o urgență deosebită;

Scanned with OKEN Scanner

— este necesar un tratament îndelungat de întreţinere, care nu impune pe de altă parte o supraveghere specială.

Aceste situaţii sînt mai rare la copii decît la adulţi.

C. ind. absolută: intoxicaţia cu digitală. Ne vom informa asupra tratamentelor anterioare cu preparate digitalice: tipul, cît a primit, de cînd nu i s-a mai administrat; examen clinic, ECG. Alte contraindicaţii: bradicardie accentuată, bloc parţial atrioventricular, pericardită constrictivă, insuficienţă circulatorie periferică, unele miocardite acute.

Posologie. Toleranţa inimii copilului faţă de digitală este de obicei mai mare decît în cazul adultului; dar principiul de bază care ne conduce este: *digitalizarea unui copil trebuie individualizată şi adaptată sensibilităţii fiecărui bolnav.* Posologia este variabilă: în funcţie de vîrstă (sensibilitatea prematurilor şi a nou-născuţilor la digitalice este remarcabilă), greutate (dozele/kg pentru sugarii peste o lună sînt comparativ mai mari decît pentru copii peste 2 ani şi cresc paralel şi cu masa miocardului), tipul digitalizării etc. Efectele digitalicelor pot fi modificate şi de starea ficatului, rinichiului şi echilibrul electrolitic (de exemplu, diureticele măresc eliminarea potasiului, ceea ce poate favoriza intoxicaţia).

Înainte de începerea tratamentului ne asigurăm că bolnavul nu a primit un preparat digitalic în zilele anterioare (vezi durata maximă a toxicităţii în tabelul alăturat).

Tratamentul urmează aceleaşi principii ca la adulţi: cură de atac (rapidă sau lentă) şi cură de întreţinere.

În cura de atac se administrează doza de saturaţie sau doza de digitalizare, adică acea cantitate de digitală cu care se obţin maximum de efecte terapeutice, fără a se ajunge la efecte toxice. Atît în cura de atac rapidă, cît şi în cea lentă se foloseşte aproximativ aceeaşi cantitate de digitalină (doza de saturaţie, doza de digitalizare), dar în primul caz aceasta este repartizată pe 1—(2) zile, iar în al 2-lea caz pe 3—5 zile.

Cura de atac cu digitoxină ar trebui instituită numai în spital.

Cura de atac lentă. Doza totală de saturaţie este repartizată de obicei în 3 zile, mai rar în 5 zile; dozele zilnice (repartizate în 3 prize) sînt diminuate de obicei în cursul saturaţiei. Doza totală poate fi mică, mijlocie sau mare.

Doza de saturaţie în primele 24 ore (în 3 prize) poate fi de: 0,1—0,3 mg la copii între 3 şi 6 ani;

0,2—0,4 mg, la copii între 7 şi 10 ani;

0,3—0,5 mg, la copii între 10 şi 15 ani.

Doza de 0,01 mg/kg/24 ore este doza-limită; în zilele a 2-a şi a 3-a vom reduce acestă doză cu cîte 0,05—0,1 mg/zi.

Tabelul (p. 293) arată cîteva scheme de saturaţie (pentru un copil de 10—15 ani).

Această posologie permite obţinerea compensării în 2—3 zile cu o doză globală mică la un bolnav sensibil la glicozide digitalice.

Dozele medii sînt cele mai des utilizate pentru obţinerea saturaţiei; de obicei în 3 zile (mai rar în 4—5 zile).

Cînd sînt necesare doze mari, rezultatul va fi obţinut cu o doză iniţială mare şi abia după 5—6 zile.

Scanned with OKEN Scanner

Cura de atac rapidă. Se administrează o anumită cantitate de digitalină în decurs de (18)—24—36 ore, în spital sub controlul atent clinic și electrocardiografic. Numai în aceste condiții pot fi utilizate dozele:

nou-născut sub 2 săptămîni și prematuri, bolnavi cu funcții renale perturbate, miocardite: 0,022 mg/kg sau 0,3—0,35 mg/M²;

după perioada de nou-născut și pînă la 1 an: 0,045 mg/kg;

1—2 ani; 0,04 mg/kg;

2—15 ani: 0,03 mg/kg sau 0,75 mg/M².

Această doză totală se împarte în 3—4 sau mai multe prize, care se administrează cu pauze de 6 ore (sau mai mari) între ele.

Urmărirea bolnavilor trebuie să fie foarte strictă. Ritmul cardiac va fi controlat la apex în fiecare oră, pentru a depista apariția unei aritmii. ECG este obligatorie între a 2-a și a 3-a doză, ca și ori de cîte ori apare o neregularitate a ritmului cardiac.

Schemele de digitalizare rapidă nu trebuie aplicate rigid, deoarece riscul intoxicației este important.

Dacă bolnavul nu poate fi urmărit și prin ECG, se va recomanda numai cura de atac lentă, iar posologia trebuie să fie prudentă, la limita inferioară a dozelor respective, însoțită de un control clinic minuțios.

Doza de întreținere. Bolnavul primește pe zi (într-o priză, mai rar în două) aproximativ 1/10 din doza de saturație. Adesea este indicat ca administrarea să fie limitată la 5 zile/săptămînă (sau tot a 2-a zi), pentru a evita acumularea.

Precauții. În timpul tratamentului cu digitalină nu se administrează calciu și efedrină; adrenalina se poate folosi cu prudență.

Conservare. Soluția se va păstra în flacoane bine închise, pentru a nu se evapora solventul, ceea ce produce concentrarea soluției și creșterea activității.

Digitalis. *Folium digitalis purpureae pulvis*, 0,10 g p. 1 tabletă. Tub cu 20 tablete *(p.o.)*. Pr. med. Term. val.

Pulberea frunzei conține toate glucozidele; acțiunea este asemănătoare cu aceea a digitoxinei, glucozida principală.

Caracteristici, fen. sec., ind., precauții: vezi Digitalină. Indicațiile sînt restrînse la copii.

Posologie. Vezi Digitalină pentru generalități.

Dozele. Cura de atac rapidă. Se recomandă următoarele doze de saturație (de digitalizare):

1 lună—1 an: 0,03 g/kg (vezi Digitalina pentru nou-născuți, prematuri etc.);

1—2 ani; 0,025 g/kg;

2—15 ani; 0,02 g/kg sau 0,75 g/M².

Această doză se împarte în 3, 4 sau mai multe prize, care se administrează cu pauze de 6 ore sau mai mari între ele.

Doza de întreținere pe zi: 1/10 din doza de saturație.

Digoxin soluție. Flacon de 15 ml (1 ml = 1 mg). Tub cu 20 compr. a 0,25 mg *(p.o.)*. Fiole 0,5 mg/2 ml *(i.m., i.v.)*. Pr. med.

Scanned with OKEN Scanner

Glucozidă digitalică pură și cristalizată, foarte apropiată de Lanatosid C. Modul de acțiune este similar cu Lanatosidul C, cu care ocupă o poziție intermediară între cele două extreme reprezentate de digitoxină și strofantină.

Fen. sec.: intoxicație (vezi Digitalină). Datorită slabei legături cu proteinele sanguine, riscurile de intoxicație sînt mai reduse (în comparație cu Digitoxina); chiar dacă s-a produs durează mai puțin.

Ind.: tratamentul *p.o.* (injectabil) al tuturor formelor de insuficiență cardiacă, mai ales al celor bradicardice cu ritm normal sau cu ușoară tahicardie; tratamentul tahicardiei paroxistice. *C. ind.*: vezi Digitalină.

D.u.: vezi și Digitalină. Nou-născuți, prematuri: doza de saturație: 0,03—0,05 mg/kg *(i.v. i.m.)* sau 0,75 mg/M² *(i.v., i.m.)* doza de întreținere: 1/5—1/10 din doza de digitalizare.

Sugari peste 1 lună-copii de 2 ani:

p.o. { doza de saturație 0,06—0,08 mg/kg sau 1,5 mg/M²
doza de întreținere 1/5—1/3 din doza de saturație

i.m. / *i.v.* { doza de saturație 0,04—0,06 mg/kg
doza de întreținere 1/5—1/10 din doza de saturație

Copii de 2—15 ani:

p.o. { doza de saturație 0,04—0,06 mg/kg sau 1,5 mg/M²
doza de întreținere 1/5—1/3 din doza de saturație

i.m. / *i.v.* { doza de saturație 0,02—0,4 mg/kg
doza de întreținere 1/5, din doza de digitalizare

N.B. Calea injectabilă va fi rezervată pentru bolnavii cu stază portală. Toleranța locală a injecțiilor *i.m.* este *mediocră*; injecțiile *i.v.* se vor face foarte încet.

Doza de saturație va fi divizată în 3,4 sau mai multe prize, la intervale de 6 ore sau mai mult.

Doza de întreținere va fi administrată în 2 prize/zi.

Precauții: cura va fi strict urmărită de medic. În timpul tratamentului nu se vor administra: calciu, efedrină, adrenalină.

Dispezin. Extract total apos de *Hypophysis pars posterior*, corespunzînd la 25 u. vasopresină, *Adrenalinum cryst.* 1 mg p. 1 fiolă a 1 ml. Cutie cu 10 fiole *(s.c.)*. Pr. med. Term. val.

Adrenalina relaxează musculatura bronșică, mai ales spasmul determinat de criza astmatică. Extractul de hipofiză posterioară sensibilizează musculatura bronhiilor la acțiunea adrenalinei.

Fen. sec.: palpitațiile, senzația de opresiune precordială, paloarea și tremurăturile, care pot urma curînd după injecție, nu au mare importanță și dispar repede. Adrenalina poate provoca la unii copii hipersecreție bronșică și hipertonia fibrelor musculare din bronhii (reacție contrarie efectului urmărit), care prin repetarea injecțiilor poate determina starea de rău astmatică. Administrarea repetată a adrenalinei poate determina, pe de o parte, o scădere a eficacității sale (obișnuință) și, pe de altă parte, întreți-

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 15

Proprietăţile glucozidelor digitalice

	Digitalis purpurea (pulbere)	Digitoxină Digitalină	Acetildigitoxină Acylanid		Digoxină			Lanatosid C (Cedilanid, Isolanid)		
Calea de administrare	*p.o.*	*p.o.*	*p.o.*	*i.v.*	*p.o.*	*i.m.*	*i.v.*	*i.v.*	*i.m.*	*p.o.*
Absorbţie digestivă		90%	70—80%	—	60—70%	—	—	—	—	40% (neregulată
Timp de latenţă (perioada dintre administrare şi efect)	f. lung (6 ore)	lung (2 ore)	lung (2 ore)	30′	scurt (45 minute)	f. scurt (3—8 minute)		f. scurt (7—10 minute)		scurt
Efect maxim după	12—48 ore	2—9—(20) ore	2—9—(20) ore	2—9 ore	3 ore	2—3 ore		2—3 ore		—
Durata acţiunii	17 zile	lungă (10—21 zile)	relativ lungă (10 zile)		mijlocie (4—7 zile)			scurtă (2—3 zile)		scurtă
Durata maximă a toxicităţii	lungă (1—2 săpt.)	lungă (21 zile)	relativ lungă (10 zile)		scurtă (2 zile)			f. scurtă (1 zi)		f. scurtă
Inactivarea zilnică	10%	7—10%	10—14%		18—20%			20%		
Efect bradicardizant	foarte pronunţat				mediu			redus (mediu la dozele mari)		

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 16

Posologia digitoxinei în cura de atac lentă (copil 10—15 ani)

	Zile 1	2	3	4	5	Tratamentul de întreţinere
Doză mică: 0,6 mg în 3 zile	● ● ●	● ●	●			Întreţinere
Doză mijlocie: 0,9 mg în 3 zile	● ● ● ●	● ● ●	● ●			Întreţinere
0,9 mg în 4 zile	● ● ●	● ● ●	● ●	●		Întreţinere
1 mg în 5 zile	● ●	● ●	● ●	● ●	● ●	Întreţinere
Doză mare: 1,3 mg în 5 zile	● ● ● ●	● ●	● ●	● ●	●	Întreţinere

● = 0,1 mg = 5 picături digitoxină

nerea astmului (astmul medicamentos); bolnavul poate prezenta fenomene de hipersimpaticotonie (tremurături, insomnie, agitaţie).

Ind.: criza gravă de astm bronşic. Acţiune scurtă! Nu recomandăm repetarea injecţiilor: apar des fenomene secundare! *C. ind.:* hipertensiune arterială, aritmii ventriculare, flebite. Copii sub 2 ani.

D.u.: 2—15 ani; 0,3—0,75 ml în criză *s.c.*, după vîrstă; vom aspira înainte de a injecta, pentru ca soluţia să nu pătrundă *i.v.* Interzis *i.m., i.v.*

Diurocard. *Ammonium chloratum* 0,40 g, *Acidum benzoicum* 0,150 g p. 1 drajeu enterosolubil. Flacon cu 50 drajeuri. Vezi *Ammonium chloratum. C. ind.:* şi copii sub 3 ani (drajeurile trebuie înghiţite întregi).

Dormital *(Amobarbitalum* — D.C.I.*). Amobarbitalum* 100 mg p. 1 compr. Tub cu 10 compr. *(p.o.).* Pr. med.

Barbituric care deprimă S.N.C., producînd efecte hipnotice şi sedative. Somnul se instalează repede, durează 6—7 ore, iar trezirea se face uşor.

Fen. sec.: vezi Fenobarbital.

Ind.: somnoterapie în spital, intoxicații. *C. ind.:* vezi Fenobarbital. La copii în tratamente ambulatorii.

D.u.: sedativ: 6 mg/kg/24 ore sau 180 mg/M²/24 ore, divizate în 3 prize.

Dulana *(Sulfamonomethoxinum* — D.C.I.). Sulfanilamino-5-metoxipiridină. Suspensie orală pentru copii 5%. Flacon de 50 ml (1 linguriță-măsură = 250 mg substanță activă). Compr. a 0,50 (500 mg) substanță activă *(p.o.)*. Pr. med.

Sulfamidă depozit: cu doze mici se obțin niveluri sanguine terapeutice de 24 ore, avînd eliminare renală lentă.

Fen. sec.: Vezi Neoxazol.

Dacă diureza este suficientă, riscul accidentelor renale este aproape nul. Accidentele alergice pot fi la fel de frecvente ca la Neoxazol.

La unele sulfamide cu eliminare întîrziată (sulfadimetoxin = Madribon, sulfametoxidiazin = Kinex, Midicel), riscul accidentelor alergice este chiar mai important decît la sulfamidele solubile (tip sulfizoxazol). Sulfametoxipirimidina pare să aibă în schimb o bună toleranță din acest punct de vedere.

Ind.: infecțiile bacteriene cu germeni sulfamidosensibili ale aparatului respirator (afară de otite medii și sinuzite supurate): rinofaringite, traheobronșite, unele pneumonopatii ale copilului preșcolar și școlar; infecții cutanate la care există indicații pentru sulfamidoterapie. Nu se va asocia cu Efitard. Eficacitatea sulfamidelor-depozit este discutabilă în pielonefrite (nivel insuficient urinar) și în infecțiile digestive (concentrație intestinală de scurtă durată și joasă). *C. ind.*: vezi Neoxazol.

D.u.: tratamentul va fi individualizat de medic după vîrstă, afecțiune și particularitățile bolnavului. Sugari peste 3 luni : 0,02—0,03 g/kg în prima zi de tratament într-o doză unică—*doza de șoc*; cîte 0,01 g/kg o dată pe zi în zilele următoare, la aceeași oră ca în prima zi — *doza de întreținere*. La copii peste 1—2 ani doza de șoc este de obicei 0,02 g/kg/24 ore (la boli severe 0,02—0,03 g/kg/24 ore).

Ederen *(Acetazolamid* — D.C.I.*)* sin: Diamox. *2-Acetylamino-1,3,4-thiodiazol-5-sulfonamidum* 0,25 g p. 1 compr. Cutie cu 20 compr. Pr. med. Inhibă anhidraza carbonică, prin urmare favorizează eliminarea de Na și K; acidifică și deshidratează organismul. Diureza începe după 2 ore, este maximă la 6—8 ore și se termină după 12 ore.

Fen. sec.: rar, tulburări digestive (anorexie, dureri epigastrice, vărsături), tulburări sanguine (agranulocitoză), cutanate (purpură, erupții prin sensibilizare). În curele lungi: tulburări prin hipokaliemie (parestezii, somnolență, apatie); rar anemie hemolitică, siderare medulară, leziuni renale. De aceea, control lunar: hemogramă și urină. Acidoza determinată temporar de medicament provoacă întreruperea activității drogului; după o pauză, acetazolamida devine din nou activă, datorită restabilirii echilibrului electrolitic.

Ind.: edemele din insuficiența cardiacă și cele datorite corticoizilor; acidifiant, epilepsie (mecanism necunoscut), obezitate. *C. ind.:* acidoză, insufi-

Scanned with OKEN Scanner

cienţe severe hepatice şi renale; ciroze; leucopenii, trombocitopenii; intoleranţă la sulfamide. Prudenţă în oligurii. Nu se va combina cu diuretice mercuriale, deoarece inhibă diureza acestora, dar poate fi alternat cu ele. Incompatibilitate cu clorura de amoniu.

D.u.: posologia este individuală, în funcţie de indicaţii, ritmul de administrare şi durata tratamentului. Dozele-limită: 5—30 mg/kg/24 ore. În insuficienţa cardiacă: 5 mg/kg/24 ore sau 150 mg/M²/24 ore, 2—3 zile la şir sau 2—3 zile de tratament cu cîte o zi pauză la mijloc; toată doza zilei se va administra dimineaţa pe nemîncate. În tratamentele mai lungi: 1—2 zile consecutive/săptămînă sau la 3—4 zile cîte o zi de tratament. Epilepsie: 8—15—(30) mg/kg/24 ore, sau 300—600—(900) mg/M²/24 ore, divizate în 3—4 doze/24 ore. De urmărit echilibrul Na, Cl, şi K.

Edetamin *(Natricalcium edetas* — D.C.I.*)*, sin. EDTA. *Calcium aethylendiamintetraaceticum disodicum* 1 g p.1 fiolă a 10 ml; sol. inj. 10%. Cutie cu 3 fiole *(i.v.)*. Pr. med.

Acţiune chelantă asupra plumbului şi altor metale. Complexul format se elimină nemodificat prin urină (50%) după prima oră, majoritatea după 6 ore şi totul în 24 ore.

Fen. sec.: accidentul cel mai grav este tubulonecroza cu insuficienţă renală mortală; acest risc pare să fie în relaţie directă cu doza şi poate fi prevenit prin administrare intermitentă. Tromboflebită (pericolul este redus la perfuziile cu concentraţii sub 0,5%). Hipotensiune arterială, oboseală, sete, febră, mialgii, cefalee, greaţă, vărsături, reacţii de tip histaminic.

Ind.: intoxicaţii cu plumb, cupru, mangan, elemente radioactive (cu excepţia stronţiului). *C. ind.:* prudenţă la nefropatii.

D.u.: 30—50 mg/kg/24 ore, nu se va depăşi 70 mg/kg/24 ore, sau 1,7 mg/M²/24 ore. Doza zilei se împarte în două injecţii *i.v.*, lente, picătură cu picătură, sau mai bine în două perfuzii a 2 ore cu sol. 0,2—0,4% în sol. glucozată 5%. Cură de 3—(5) zile dacă este necesar; poate fi repetată după 2—3 zile pauză.

Efedrină. *Ephedrinum hydrochloricum* 0,05 g p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*. 0,01 g sau 0,05 g p. 1 fiolă a 1 ml, sol. apoasă inj. 1 sau 5% *(s.c., i.m.)*. Subst. *(p.o.)* Pr. med.

Acţiune similară adrenalinei, dar mai slabă. Simpaticomimetic cu acţiune stimulantă asupra inimii (creşte ritmul şi debitul cardiac), bronhodilatator, hipertensiv (mai ales pe arteriole), stimulent al S.N.C. (mai ales centrul respirator şi circulator). Efectul se instalează mai lent (15—30 minute) decît în cazul adrenalinei, dar durează mai mult (6—8 ore). Efedrina nu este distrusă în tubul digestiv şi se absoarbe repede.

Fen. sec.: întrebuinţarea repetată poate produce scăderea rapidă a eficacităţii (tahifilaxie); eficacitatea se restabileşte însă după o pauză. Nervozitate, ameţeli, cefalee, insomnie, tremurături, palpitaţii, senzaţii de căldură, transpiraţii, anorexie, greaţă, vărsături. Disurie (deoarece relaxează detrusorul şi creşte tonusul trigonului şi al sfincterului vezical).

Ind.: preventiv şi curativ în astm bronşic, febră de fîn, rinite vasomotorii, urticarie, boala serului. Colaps. Enurezis. Anumite intoxicaţii. Preven-

Scanned with OKEN Scanner

tiv al hipotensiunii arteriale în rahianestezie. Sindrom Adams-Stokes. *C. ind.:* hipertensiune arterială, hipertiroidism, tratamente cu digitală.

D.u.: divizarea dozei/24 ore este absolut necesară. *Subcutanat:* sub 30 luni: 0,002—0,01 g/24 ore; 30 luni-15 ani: 0,01—0,05 g/24 ore. Doza se împarte în 3—(4) injecţii. *Per os*: III: 1/4—1 compr./24 ore; sau substanţă: dozele de mai sus.

La urgenţe (s.c., p.o.): 3 mg/kg/24 ore sau 100 mg/M²/24 ore, divizat în 4—6 doze; această posologie nu trebuie menţinută mult timp, deoarece poate provoca fenomene secundare supărătoare.

Efitard. *Procain penicilinum G* 300 000 u., *Penicilinum G kalium* 100 000 u., p. 1 flacon, pulbere cristalină *(i.m.)*. Pr. med. Term. val.

Penicilină-depozit cu durată mijlocie de acţiune (12—14 ore). Generalităţi: vezi Penicilină.

Fen. sec.: ale penicilinei, novocainei, injecţiilor cu suspensii relativ insolubile, dacă nu sînt injectate profund şi strict în muşchi.

Ind.: infecţii cu germeni sensibili la penicilină, cînd *este suficientă o penicilinemie relativ joasă:* unele infecţii cu streptococi β-hemolitici de grup A, unele infecţii bacteriene ale căilor respiratorii superioare, unele infecţii consecutive extracţiilor dentare şi amigdalectomiilor. *C. ind.: sugari; se va evita şi la copii de 1—2 1/2 ani.* Infecţii provocate de germeni moderat şi slab sensibili la penicilină, infecţii cu germeni foarte sensibili, dar forme grave care impun o penicilinemie înaltă. Bolnavi sensibilizaţi la penicilină, novocaină.

Mod de întrebuinţare: Efitard va fi injectat profund şi strict *i.m.* Prepararea suspensiei se face în momentul administrării.

D.u.: 2 1/2—15 ani. (1/2)—1 flacon la fiecare 12 ore.

Electovit. *Thiaminum hydrochloricum* 6 mg, *Riboflavinum* 6 mg, *Piridoxinum* 3 mg, *Cyanocobalaminum* 2γ, *Calcium pantothenicum* 10 mg, *Calcium phosphoricum tribazicum* 50 mg, *Nicotinamidum* 10 mg, p. 1 drajeu. Flacon cu 30 drajeuri *(p.o.)*.

Conţine vitaminele din grupul B, cu adaos de fosfat tribazic de calciu pentru acţiunea tonică generală.

Fen. sec.: incidentele provocate de vitamina PP.

Ind.: medicament specific în carenţele clinice ale vitaminelor B, profilactic şi adjuvant în boli digestive şi de nutriţie, anemii, paralizii. Tulburări digestive prelungite, şi cronice, regimuri alimentare sărace în legume şi fructe, infecţii şi boli contagioase (viroze), tratamentele cu tetracicline şi cloramfenicol.

D.u.: 1—5 drajeuri/zi, după vîrstă şi caz; numai cîte 1 drajeu o dată, totdeauna imediat după mese (absorbţie mai înceată a vitaminei PP).

Eledon. *Babeurre* semigras. Cutie cu 250 g. Pr. med. Term. val.

Lapte acidifiat prin fermentaţie naturală, semismîntînit şi pulverizat. Conţine: proteine 30,8%, grăsimi 14%, lactoză 40%, săruri minerale 6,5%, acid lactic 4,7%, apă 4%; 100 g pulbere furnizează 420 cal.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: dispepsii acute, simple și toxice; dizenterie; „intoleranță" la lapte de vacă sau lapte praf integral; anumite distrofii; spasm piloric; boli de piele (dermatită seboreică, eczeme, strofulus). Alimentație artificială la prematuri, nou-născuți, sugari în primele 1—2 luni de viață (cel mult 3 săptămîni!); alimentație mixtă în primele 3 luni de viață (poate fi administrat mai mult de 3 săptămîni dacă laptele de femeie reprezintă cel puțin 50% din rația alimentară/24 ore). *C. ind.:* toxicoză (în primele 1—2 zile); mai mult de 3 săptămîni (ca aliment lactat exclusiv) la sugarii alimentați artificial (indiferent de starea sau boala pentru care este indicat); sugari constipați.

Preparare. La fiecare 100 ml lichid de diluție la temperatura de 40—45° (mucilagiu de orez 2—3%, fiertură de Zeamil 2%, făină de orez 2% sau făină rumenită 2%) și care conține zahăr 3—7%, *se adaugă 10 g pulbere Eledon* (2 măsuri rase) *în ploaie fină, în timp ce lichidul se agită puternic cu o furculiță (sau tel) sterilizată în prealabil.* Se prepară pentru o masă și se administrează imediat la 37°. Dacă poate fi păstrat la răcitor, putem prepara deodată cantitatea pentru cîteva mese; înainte de fiecare masă, se agită laptele, se ia numai cantitatea necesară pentru masa respectivă, se încălzește la 37°. Se administrează imediat copilului; această porție, o dată ce a fost încălzită, nu mai poate fi păstrată pentru mesele următoare.

D.u.: după recomandarea medicului. Dacă nu există o prescripție specială, se va respecta indicația generală ca Eledonul să fie administrat *cu doi hidrați de carbon:* unul simplu (zaharoză, glucoză) și altul complex (mucilagiu de orez, Zeamil, făină de orez sau grîu); 100 ml apă care conține 2 g făină sau similar (7 cal.), 5 g zahăr (20 cal.) și 10 g Eledon pulbere (42 cal.) aduc 69 cal. Acest lapte este bogat în proteine, ușor de digerat, relativ sărac în grăsimi și acidifiant.

În alimentația artificială, dacă nu sînt recomandații speciale: 140—150 ml/kg/24 ore; nu se va depăși 800 ml/24 ore.

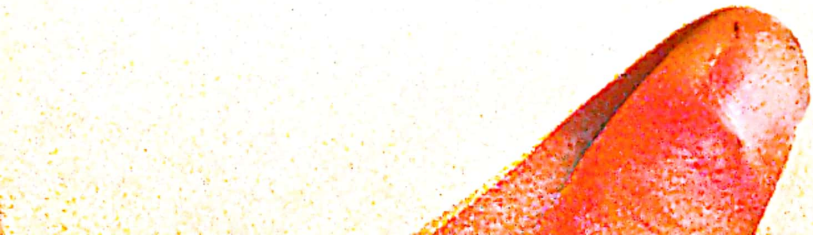
Emetină. *Emetinum hydrocloricum* 0,02 g p. 1 fiolă a 1 ml, sol. apoasă inj. 2% *(i.m.)*. Pr. med.

Fen. sec.: reacții locale: dureri, înțepenire sau slăbiciune musculară. În funcție de sensibilitatea individuală și/sau acțiunea cumulativă a produsului: vărsături, diaree, bradicardie, tahicardie, tremurături, comă, paralizie respiratorie.

Ind.: chimioterapic eficace în dizenteria amibiană recentă și în abcesele hepatice ambiene. *C. ind.:* boli cardiace și renale.

D.u.: prudență la copii. Sub 30 luni: 0,005—0,01 g/24 ore; 30 luni —15 ani: 0,004 g/an de vîrstă/24 ore (Ph. I.) în inj. *i.m.*, cură de cel mult 10 zile sub urmărirea medicului. După alții: 0,001 g/kg/24 ore (max. 65 mg/24 ore), doza zilei repartizată în două inj. la 12 ore interval.

Emetiral *(Prochlorperazinum* — D.C.I), *3-Chloro (4-methylpiperazinyl) 3-propyl-10- phenotiazinum bis maleatum* 5 mg p. 1 drajeu. Flacon cu 30 drajeuri *(p.o)*. 5 mg p. 1 supozitor p. copiii. Cutie cu 6 supozitoare. Pr. med.



Scanned with OKEN Scanner

Derivat fenotiazinic; acțiunea antiemetică este de 4 ori mai puternică ca aceea a clorpromazinei, dar celelalte efecte sînt mai slabe.

Fen. sec.: tulburări nervoase extrapiramidale: contractura musculaturii membrelor și feței, trismus, mișcări necoordonate ale globilor oculari și membrelor superioare; somnolență. Midriază și uscarea gurii (frecvent).

Ind.: vărsături de diverse etiologii; psihiatrie. *C. ind.:* abdomen acut, stări depresive, precomă, insuficiență hepatică; hipersensibilitate la alte medicamente (îndeosebi la alte fenotiazine). *Copii sub 6 ani.*

D.u.: 6—15 ani: posologia este foarte variabilă (în funcție de caz și susceptibilitate individuală a bolnavului). Ea va fi fixată numai de medic; în general 0,3—(0,5) mg/kg/24 ore sau 10 mg/M²/24 ore, repartizată în mai multe prize. Nu se va depăși 20 mg/24 ore.

Epifizan. Principii active din glanda epifizară, 0,10 g/1 ml sol. inj. Cutie cu 10 fiole *(s.c., i.m.)*. Acțiune antigonadotropă și antierotizantă.

Ind.: pubertate precoce (esențială sau iatrogenă — excesul de anabolizanți); hiperfoliculinemii. *C. ind.:* hipotensiune arterială.

D.u.: III: 1 fiolă × 3/săptămînă; serie de 10 injecții.

Eritromicină. *Erythromicinum* 100 mg și 200 mg p. 1 drajeu. Flacon cu 25 drajeuri. Pr. med. Term. val.

Antibiotic *bacteriostatic* cu absorbție digestivă rapidă; fiind sub formă de bază, poate fi inactivat în stomac dacă este administrat sfărîmat (drajeurile sînt enterosolubile). Sărurile eritromicinei (propionileritromicină, etilsuccinat) nu sînt atacate de acidul clorhidric din stomac, prin urmare sînt indicate la sugari și copii mici.

Concentrația sanguină este maximă după 4 ore și este activă 6 ore. Difuziune bună în țesuturi, foarte bună în bilă, aproape deloc în L.C.R. și seroase. Concentrațiile urinare sînt de 6—8 ori mai ridicate decît în sînge. Spectrul de acțiune este similar cu acela al penicilinei, dar puțin mai larg (b. difteric, *H. influenzae*, brucele și *Mycoplasma pneumoniae*). Inactivă față de flora coliformă intestinală. Deși spectrul de acțiune se apropie de acela al unui antibiotic cu sferă largă de acțiune, *indicațiile sînt restrînse, deoarece rezistența microbiană se instalează repede.*

Fen. sec.: toxicitate foarte redusă. La doze mari: tulburări de intoleranță digestivă (meteorism, anorexie, greață, vărsături, diaree).

Ind.: antibiotic de rezervă pentru infecțiile stafilococice medii; poate fi folositor și în infecțiile grave, în cursul fazei a doua a tratamentului, după ce s-a obținut stabilizarea infecției cu un antibiotic bactericid. La infecțiile streptococice, dacă bolnavul este alergic la penicilină. Pneumonia interstițială la copii mari. Sterilizarea bolnavilor și purtătorilor de b. difteric. Amibiază intestinală, bruceloză.

D.u.: copii peste 4—5 ani: 20—50 mg/kg/24 ore (în 4 prize la 6 ore); drajeele vor fi ingerate întregi, cîte 100—200—300 mg de fiecare dată. Pentru sugari și copii mici: propionileritromicină sau Erytroped. Durata tratamentului după caz: 7—14 zile.

I.v.: vezi Eritromicină lactobionică.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul va fi aplicat sub supraveghere medicală. Pentru a evita diseminarea tulpinilor de stafilococi (din faringe, leziuni), care pot deveni repede rezistente la eritromicină și care pot difuza în spital, este recomandabil ca bolnavul să fie izolat.

Eritromicină lactobionică. Flacon a 10 ml cu 300 mg substanță *(i.v.)*. Pr. med. Term. val. Pentru generalități vezi Eritromicină.

Ind.: cînd sînt repede necesare niveluri înalte sanguine. Cînd calea orală nu poate fi pentru moment utilizată (comă, vărsături). *Calea i.v. va fi utilizată* numai atît *timp cît eritromicina nu poate fi administrată p.o. C. ind.:* administrarea îndelungată.

D.u.: prematuri și nou-născuți la termen: 10 mg/kg/24 ore de împărțit în 2 inj. *i.v.* la 12 ore interval. Sugari peste 1 lună, copii: 20—40 mg/kg/24 ore; de injectat în 3—4 inj. *i.v.*, la 8—6 ore.

Mod de preparare: se adaugă 6 ml apă distilată la flaconul cu 300 mg substanță, pentru ca să obținem o soluție de bază 5% (50 mg eritromicină/ml) stabilă 2 săptămîni la + 4 — + 6°. Pentru a obține diluția finală de 1% (care va fi imediat injectată încet *i.v.* injecția va dura cel puțin 5 minute), soluția de bază va fi diluată cu încă 4 părți de glucoză 5%. Diluția 1% poate fi introdusă și într-o perfuzie cu glucoză 5% sau ser fiziologic.

Erythroped. Etilsuccinat de eritromicină. Flacon cu granule p. suspensie *(p.o.)*. Pr. med. Sare a eritromicinei, formă indicată la sugari și copii mici.

Fen. sec., ind., c. ind: vezi Eritromicină.

D.u.: 30 mg/kg/24 ore în prize egale la 4—6 ore (o linguriță = 200 mg eritromicină).

Mod de administrare: se adaugă încet 46 ml apă distilată; se agită puternic, obținîndu-se 60 ml suspensie. După diluție, suspensia poate fi păstrată 7 zile la răcitor.

Etambutol hydrochloride subst. Comprimate de 250 mg *(p.o.)*. Pr. med. Tuberculostatic de releu.

Fen. sec.: tulburări vizuale destul de frecvente, dar care dispar după oprirea tratamentului.

Ind.: tuberculoze evolutive a căror germeni sînt rezistenți la H.I.N. și streptomicină, în asociere cu alte două tuberculostatice de releu sau ca substituent al PAS (sau al streptomicinei) în schema inițială.

D.u.: la bolnavii tratați anterior cu alte tuberculostatice (cazuri rezistente): 25 mg/kg/zi, în priză unică, timp de 60 zile, apoi 15 mg/kg/zi. Tratament inițial: 15 mg/kg/zi (priză unică).

Etotoin (DCI). 3-Etil-5 fenilhidantoină 0,50 g p. 1 compr. Cutie cu 20 compr. Pr. med.

Anticonvulsivant din seria hidantoinelor.

Fen. sec.: vezi Fenitoin. Este considerat ca avînd o toxicitate mai redusă și o incidență scăzută a fenomenelor secundare (erupții cutanate).

Ind., c. ind., precauții: vezi Fenitoin (după unii ar fi mai puțin eficace) Nu este indicată asocierea cu Primidonă.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: copii sub 6 ani: 1/2 compr. × 3—4/zi; copii peste 6 ani: 1 compr. × 3—4/zi. Se va începe cu o doză mai mică, ce va fi crescută treptat în decurs de cîteva zile.

Eucytol. Acid dezoxiribonucleic 0,05 g și excipient biocalcic marin 0,30 g p. 1 compr. Flacon cu 40 compr. Pr. med. Biotonic.

Ind.: astenie fizică, psihică, convalescențe, anorexii. *C. ind.:* sugari *D.u.:* II-III: 2—4 compr./zi, după vîrstă.

Extract total de ochi. Sol. apoasă inj. cu 1 g țesut de glob ocular bovin/1 fiolă a 1 ml. Cutie cu 10 fiole. Pr. med.

Stimulează regenerarea epiteliului corneean; are acțiune antiinflamatorie și cicatrizantă; are rol de modificator metabolic și funcțional la nivelul ochiului.

Ind.: corioretinită miopică, astenopie oculară, irite și iridociclite etc.

D.u.: instilații oculare cîte 2 pic. în sacul conjunctival × 4—5/zi; băi și comprese oculare; inj. *s.c.* sau *i.m.*, 1 fiolă/zi, 30 zile, se poate repeta după două luni; inj. subconjunctivale 0,5 ml/zi, 12—15 zile.

Faringosept *(Ambazonum* — D.C.I.*).* Benzochinonguanilhidrazontiosemicarbazonă 0,01 g p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. Bacteriostatic local (bucal) față de streptococci, pneumococci.

Ind.: gingivite, stomatite, angine; după extracții dentare, amigdalectomii.

D.u.: 3—15 ani: 1 compr. × 4—5/zi, de supt încet imediat după mese (bolnavul nu va bea și mînca 2—3 ore după aceea).

Fedrocain. *Natrium paraaminobenzensulfonacethylamidum* (sulfacetamidă) 2 g, *Ephedrinum hydrochloricum* 1 g, *Natrium chloratum* 0,60 g, *Chloretonum* 0,50 g, *Aqua destill. q.s. ad* 100 g. Flacon cu 20 ml *(ext.).* Acțiune locală: bacteriostatică (sulfacetamida), vasoconstrictorie (efedrina), anestezică (cloretona).

Fen. sec.: prin sulfamidă (fen. generale), efedrină (iritație locală).

Ind.: rinofaringite, sinuzite. Nu recomandăm anitibotice sau sulfamide în aplicații nazale! *C. ind.:* sugari.

D.u.: 1—15 ani (după vîrstă): 3—10 pic. în fiecare nară, repetat din 4 în 4 ore, timp de 2—3 zile.

Fenacemid (D.C.I.). Fenilacetiluree 0,50 g p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. Pr. med.

Antiepileptic cu indicații limitate și *toxicitate importantă.*

Fen. sec.: leziuni hepatice, sanguine, modificări ale psihicului.

Ind.: epilepsie psihomotorie refractară la celelalte anticonvulsivante. *C. ind.:* insuficiență hepatică, tulburări psihotice.

D.u.: tratament sub strictă supraveghere medicală, urmărind săptămînal funcțiile hepatice și tabloul sanguin: 0,25 × 2/zi la copii 2—5 ani și 0,25 g × 3/zi la copii 5—10 ani.

Fenilbutazonă *(Phenylbutazonum* — D.C.I.*).* 3,5-dioxo-1, 2-difenil-4-butil pirazolidină 200 mg p. 1 drajeu. Flacon cu 20 drajeuri *(p.o.).* Pr. med.

Soluția injectabilă nu este recomandată la copii. Derivat pirazolonic cu acțiune puternică antiinflamatorie și mijlocie analgezică, antipiretică.

Scanned with OKEN Scanner

Fen. sec.: frecvența tulburărilor impune supraveghere medicală. Frecvente tulburări digestive: stomatite, pirozis, epigastralgii, diaree; poate reactiva boala ulceroasă. Poate decompensa insuficiența cardiacă. Agravează insuficiențele hepatice, nefropatiile. Leucopenie, trombocitopenie, *agranulocitoză*, edeme și hematurii, tulburări nervoase: amețeli, insomnie.

Ind.: reumatism cronic, diverse artrite, afecțiuni inflamatorii acute și subacute pleuropulmonare; flebite. *C. ind.:* boală ulceroasă, boli cardiace, hepatice și renale. Copii sub 3 ani.

D.u.: 3—15 ani: posologie inițială 6—10 mg/kg/24 ore; după 4—7 zile scădem la 4—6 mg/kg/24 ore. Doza va fi împărțită în 3—4 prize. Regim alimentar sărac în sodiu; control periodic al sîngelui (hemogramă) și urinii.

Feniramin (DCI). 1-Fenil-1-(2-piridil)-3-dimetilaminopropan-p-aminosalicilat 0,05 g (p. adulți) și 0,01 g (p. copii) p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Antihistaminic și antialergic cu durată medie de acțiune (3—6 ore); ușoară acțiune spasmolitică și anestezică locală.

Fen. sec.: produsul este bine tolerat, efectele nedorite sînt destul de rare și constau mai ales din oboseală, somnolență.

Ind.: urticarie acută și cronică, strofulus, edem Quincke, eczeme, înțepături de insecte, eritem solar, arsuri ușoare, fenomene de sensibilizare la medicamente, prurit de diverse etiologii (la neurodermite, dermatite). Guturai alergic, rinită vasomotorie, afecțiuni oculare alergice, colită mucoasă; profilactic înaintea transfuziilor.

D.u.: pe cît posibil posologia va fi individualizată și este de dorit să se administreze doza minimă eficace.

Compr. a 0,01 g: I : 1 compr. × 1—3/zi; II: 1 compr × 3/zi; III: 1 compr. × 3—4/zi pînă la max. 2 compr. × 3/zi.

Compr. a 0,05 g: copii peste 10 ani: se începe cu 1/2 compr. × 2—3/zi, pînă la max. 1 compr. × 2—3/zi.

Comprimatele se administrează după mese. Poate apărea oboseală, somnolență; se va ține seama de aceasta în ceea ce privește școlaritatea, sportul, bicicleta.

Incompatibilitate: Arterenol.

Fenisan. *3,3' Di(paracetoxyphenyl) oxiindol* 5 mg. p. 1 compr. Flacon cu 40 compr. *(p.o.)*. Laxativ. Eliberează în intestin *dioxifenilisatinum*, care acționează mai ales asupra intestinului gros, după 8—12 ore de la administrare. Mai bine tolerat de copii decît fenolftaleina, nu irită rinichiul.

Ind.: constipație. *C. ind.:* abdomen acut, colită ulceroasă, insuficiențe grave cardiace și renale. Copii sub 5 ani.

D.u.: 5—15 ani: 1/2—1 1/2 compr., după vîrstă, seara înainte de culcare.

Fenitoin *(Phenytoin* — D.C.I.*). Diphenylhidantoinum* 100 mg p. 1 compr. Tub cu 20 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Anticonvulsivant foarte eficace, cu slabe efecte sedative.

Fen. sec.: tulburări neurologice și psihice: amețeli, cefalee, somnolență (rar), tremurături, ataxie, dureri oculare, dizartrie, tulburări ale comporta-

Scanned with OKEN Scanner

mentului (se scad dozele); nistagmus (izolat, nu impune reducerea dozelor); epigastralgii, greață, vărsături (se va administra după mese). *Hiperplazia gingiilor* (se previne sau se întîrzie prin igienă bucală și masajul gingiilor). *Manifestări alergice*: dermatite rujeoliforme și scarlatiniforme; rar, — dermatită exfoliativă, sindrom Stevens-Johnson, asociate cu leucopenie și adenopatii; adenopatii care simulează limfoame maligne, poliartrită, febră, lupus eritematos diseminat. *Tulburări sanguine:* granulocitopenie, anemie megaloblastică. *Hepatită* (se va opri imediat administrarea). Pentru a surprinde din timp complicațiile hematologice: hemogramă după primele 2 săptămîni de tratament și la fiecare 1—2 luni. *Hipertricoză* (nu dispare totdeauna după scăderea dozelor sau oprirea medicației).

Ind.: Grand mal, epilepsie focală, psihomotorie, traumatică și echivalențe. *Unele* aritmii. *C. ind.:* leucopenie, granulocitopenie, cardiopatii, hipertensiune arterială, insuficiență hepatică, anemii importante.

D.u.: epilepsie: sugari 25—75 mg/zi; 1—2 ani: 100 mg/zi; 2—6 ani: 100—150 mg/zi; 6—15 ani: 150—300 mg/zi sau 3—8 mg/kg/24 ore sau 250 mg/M²/24 ore; doza zilei se împarte în 2—(3) prize. De obicei se începe cu o doză mai mică (3 mg/kg/24 ore) și se poate mări săptămînal pînă la 5—(8) mg/kg/24 ore. Doza maximă: 8 mg/kg/24 ore. Deoarece eliminarea este lentă, efectul terapeutic devine vizibil după cîteva zile, iar trecerea de la Fenobarbital la hidantoină va fi treptată. Cu timpul se poate observa o creștere a eficienței medicamentului, ceea ce permite reducerea dozelor. Mai rar: scăderea reactivității organismului, ceea ce impune creșterea dozelor.

Blocul atrioventricular produs de intoxicația digitalică: 10 mg/kg/24 ore.

Fenobarbital *(Phenobarbitalum* D.C.I.*). Phenobarbitalum* 0,015 g p.1 compr. Cutie cu 30 compr. 0,10 g p. 1 compr. Cutie cu 10 compr. *(p.o.)*. Sol. inj. 10%. Cutie cu 5 fiole a 2 ml *(i.m.)*. Substanță *(p.o.,r.)*. Pr. med.

Sedativ (doze mici), hipnotic (efectul începe după 1—2 ore de la priza *p.o.*, somnul este lung și profund), anticonvulsivant puternic. Scade metabolismul bazal. Scade sensibilitatea centrului respirator față de CO_2. Se elimină încet prin rinichi, cu tendința la acumulare dacă este administrat vreme îndelungată în doze mai mari; la aceste doze scade și diureza. De aceea — dacă este posibil — cure de 4—5 zile cu pauze. Potențează acțiunea analgezicelor.

Fen. sec.: ameteli, oboseală, greață, vărsături, diaree, tulburări auditive, fobii. Fenomene de *excitație* mai ales la copii de vîrstă preșcolară. În caz de administrare îndelungată: scăderea sensibilității la drog, fără să scadă concomitent și efectul față de dozele toxice, erupții cutanate de tip alergic (luminalism), edeme angioneurotice.

Ind.: p.o.: Sedativ: spasm piloric; boli ale aparatului digestiv (în asociere cu papaverină, beladonă); tuse convulsivă; hipertiroidism, coree; sindroame anxioase. Hipnotic: insomnii. Anticonvulsivant: convulsii, anumite intoxicații. Potențarea analgezicelor: cu derivații salicilici și pirazolinici. *I.m.* în convulsii și unele intoxicații. *C. ind.:* idiosincrazie, insuficiență hepatică și renală, hepatite cronice și ciroze, diabet, porfirii.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: p. o. sub 30 luni: 0,02—0,05 g /24 ore; 30 luni-15 ani: 0,05—0,15 g/24 ore; în epilepsie: 0,05—0,30 g/24 ore; doza se repartizează în 2—3 prize (Ph. I.). Sedativ: 6 mg/kg/24 ore sau 180 mg/M²/24 ore, de divizat în 3 doze *(p.o., i.m. r.)*. Pentru potenţarea analgezicelor: 1/3 din dozele citate.

Convulsii *(i.m.)*: vezi epilepsia şi convulsiile.

Fenosept *(Phenylmercurum boricum* — D.C.I.). *Hydrargyrum phenylboricum* 2‰, sol. apoasă *(ext.)*. Flacon cu 100 ml.

Antiseptic bacteriostatic şi fungistatic, nu precipită albuminele, deoarece mercurul rămîne legat în molecula organică. Puţin toxic, neiritant pentru ţesuturi în concentraţiile folosite.

Fen. sec.: sensibilizarea pielii.

Ind.: spălături; dezinfecţie mîini, plăgi, infecţii cutanate (piodermite, tricofiţie etc.), băi oculare, gargară.

Modul de administrare: soluţia 2‰ se diluează de 5—40 ori, în funcţie de indicaţii. Dezinfecţia mîinilor, corpului: diluţie 1/20, se menţine în contact. Dezinfectarea rufăriei de corp şi pat: diluţie 1/10—1/20, 2 ore; dacă este murdărită cu fecale, diluţie 1/5—3 ore. Pereţii şi mobilele: diluţie 1/5. Antisepsia preoperatorie şi a plăgilor superficiale: Fenosept ca atare. Pansamente umede, irigaţii continui: diluţie 1/20. Spălături ale mucoaselor: diluţie 1/20. Pentru izotonizare: 2% borax sau 4% glucoză. Dezinfecţia instrumentelor (afară de cele de aluminiu): diluţie 1/10; pentru păstrarea instrumentelor sterile: diluţie 1/10, cu adaos de nitrit de sodiu 5‰.

Ferronat. Suspensie stabilă de fumarat feros 3%, fier bivalent cu concentraţia de 30% fier-metal. Flacon de 100 ml. Pr. med.

Fumaratul feros este foarte bine resorbit şi tolerat. Mirosul şi gustul suspensiei sînt plăcute, iar toleranţa este excelentă.

Fen. sec.: foarte rare (greaţă, constipaţie).

Ind.: anemie feriprivă, stomatită comisurală angulară şi glosite (asociate sau nu cu anemie feriprivă, aşa-zisa sideropenie locală). *C. ind.:* intoleranţă la produs, în special iritaţia tubului digestiv.

D.u.: o linguriţă-măsură = 5 ml = 150 mg fumarat feros = 50 mg Fe^{++}. Sugari: vezi anemia feriprivă; copii 2—6 ani: 1/2 linguriţă-măsură × 3/zi pînă la 1 linguriţă-măsură × 2/zi (225—300 mg fumarat feros/zi); copii peste 7 ani: 1 linguriţă-măsură × 3—4/zi (450—600 mg fumarat feros/zi).

Suspensia se va administra după mese (departe de mese) diluată cu apă. Linguriţa-măsură trebuie spălată cu apă caldă înainte de folosire. Suspensia va fi bine agitată înainte de fiecare utilizare.

Ferrum Hausmann intramuscular. Complex standardizat de fier polimaltoză în sol. izotonică apoasă, care conţine 100 mg $fier^{+++}$ p. 1 fiolă de 2 ml. Pr. med. Term. val.

Hidroxidul de fier trivalent este solubilizat prin combinarea cu poliizomaltoza, produs de degradare a glucozei. Soluţia rezultată este aproape neutră (pH = 6), izotonică şi este bine tolerată dacă este injectată profund în muşchi. Complexul feric injectat *i.m.* ajunge prin limfatice în sînge şi este captat de S.R.H. din plămîn, ficat şi rinichi. Aici este disociat prin reducerea

Scanned with OKEN Scanner

fierului și depozitat sub formă de feritină, de unde poate fi treptat mobilizat; nivelul plasmatic atinge un nivel maxim după cîteva zile, apoi scade încet.

Ind.: anemia feriprivă atît timp cît sînt contraindicații pentru calea orală.

D.u.: concentrația de hemoglobină crește cu 1% cu 43 mg fier, adică 1 g% cu 275 mg fier. Calculul necesităților totale în fier se face cu ajutorul formulei: $\frac{\text{Greutatea corporală în kg} \times (100 - Hb\%) \times 0{,}66}{50}$ = cantitatea de Ferrum Hausmann *i.m.* în ml.

Injecțiile *i.m.* se fac zilnic, sau la două zile în cazurile mai ușoare. Cantitatea maximă/injecție va fi de 0,5 ml pentru sugarii sub 5 kg, 1 ml pentru copiii 5—10 kg și 2 ml pentru copii mai mari.

Din tabelul de mai jos putem de asemenea afla doza totală exprimată în ml sau în număr fiole a 2 ml.

Tabelul 17

Posologia la Ferrum Hausmann intramuscular

Concentrația în hemoglobină	40%		50%		60%		70%	
Greutatea corporală în kg	ml	fiole	ml	fiole	ml	fiole	ml	fiole
5	4	2	3	1 1/2	3	1 1/2	2	1
10	8	4	6	3	5	2 1/2	4	2
15	12	6	10	5	8	4	6	3
20	16	8	13	6 1/2	10	5	8	4
25	20	10	16	8	13	6 1/2	10	5
30	24	12	19	9 1/2	15	7 1/2	12	6
35	28	14	23	11 1/2	18	9	14	7
40	32	16	27	13 1/2	21	10 1/2	16	8
45	36	18	30	15	24	12	18	9
50	40	20	33	16 1/2	26	13	20	10
55	44	22	36	18	29	14 1/2	22	11
60	48	24	40	20	32	16	24	12

Ferrum Hausmann intravenos. *Sodium-feriisaccharat,* un chelat molecular de fier anionic în formă concentrată stabilă și coloidală care conține 100 mg Fe^{+++} p. 1 fiolă a 5 ml. Pr. med. Term. val.

După injectare *i.v.*, complexul coloidal feric circulă la început sub forma respectivă în sînge; este captat repede de S.R.H. din plămîn, ficat și rinichi; aici Fe^{+++} este atacat de fermenți și eliberat din molecula de zaharat. Hidroxidul de fier format este depozitat în organele respective sub formă de feritină (și hemosiderină).

Fen. sec.: pentru a se detecta o eventuală alergie, tratamentul va fi început cu doze mici. Injectarea prea rapidă (mai mult de 1 ml/min.) produce senzații de căldură, frison, palpitații, greață, ameteli, dureri lombosacrale (dacă preparatul este perimat se produc aceleași tulburări, însoțite de pierderea cunoștinței în cazuri grave).

Ind.: anemia feriprivă atît timp cît sînt contraindicații pentru calea orală.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: gradul carenței în fier și concentrația proteinelor care leagă fierul hotărăsc posologia. Un aport de 100 mg Fe face să crească hemoglobina cu 2—3%.

Precauții. Se vor folosi numai fiole care nu au depășit termenul de valabilitate. Nu se va folosi un ac prea fin, ca să fim siguri că sîntem în venă (aspirînd suficient sînge după puncția venoasă). Injecția trebuie făcută strict i.v. și lent (1 ml/min.), după diluare cu suficient sînge sau ser fiziologic. Brațul bolnavului va fi ținut în extensiune după injecție.

Ferrum reductum subst. *(p.o.).* Pr. med. Eficace și bine tolerat.

Ind.: anemii feriprive. *C. ind.* și *fen. sec.:* vezi Tonofer.

D.u.: sub 30 luni: 0,05—0,15 g/zi; 30 luni—15 ani: 0,15—0,75 g/zi în 3 prize, la mese (Ph. I.). La sugari se va tatona toleranța cu doze mai mici la început. Cură de 8—10 săptămîni de obicei (pînă la normalizarea hemoglobinei). După unii se va administra în asociere cu acid clorhidric diluat, vitamină C.

Fintozid *(Pasiniazidum* — D.C.I.*).* Paraaminosalicilat de izonicotinoilhidrazidă 0,10 g p. 1 drajeu. Flacon cu 100 drajeuri *(p.o.).* Pr. med. Tuberculostatic, vezi PAS.

C. ind.: hepatici.

D.u.: tratament de individualizat. Indicație generală: 15—20 mg/kg/24 ore, în 2—3 prize, după mese.

Fiobilin *(Acidum dehydrocholicum* — D.C.I.*).* 0,25 g p.1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.).* Sol. injectabilă nu este folosită la copii. Coleretic puternic, diuretic, ușor laxativ.

Fen. sec.: colici, diaree.

Ind.: icter mecanic cu obstrucția parțială a canalului coledoc, colecistite cronice afebrile, insuficiențe ușoare hepatobiliare, migrenă de origină hepatobiliară. *C. ind.:* hepatită acută în stadiul acut și subacut, colici hepatice recente, litiază biliară, icter grav, obstrucția completă a coledocului. Copii sub 7 ani.

D.u.: III: 1/2—1 compr. × 1—2/24 ore, timp de 15 zile. Poate fi reluat după o pauză de 7 zile.

Fobenal. Alcaloizi totali din *Radix belladonnae* 0,25 mg, *Phenobarbitalum* 0,03 g p.1 compr. Tub cu 20 compr. *(p.o.).* Pr. med.

Acțiune antispasmodică, antisecretorie și sedativă nervoasă.

Fen. sec.: ale atropinei și hiosciaminei.

Ind.: stări spastice ale tubului digestiv, căilor urinare, hipersecreție salivară, bronșică, gastrică, sudoripară; astm bronșic; boală ulceroasă; distonie neurovegetativă. *C. ind.:* ale atropinei și hiosciaminei. Copii sub 2 1/2 ani.

D.u.: 2 1/2—5 ani: 1/4 compr. × 1—3/24 ore; 6—10 ani: 1/2 compr. × × 1—3/24 ore; 11—15 ani: 1—2 compr./24 ore. Se ia după mese.

Foladon. Alcaloizi totali din *Radix belladonnae* 0,25 mg p. 1 compr. Tub cu 20 compr. *(p.o.).* Pr. med.

Vezi Fobenal (fără acțiunea potențatoare a fenobarbitalului).

Fosfobion. *Mononatrium adenosintriphosphoricum* 10 mg p. 1 fiolă a 1 ml, sol. inj. 1%. Cutie cu 5 fiole *(i.m., i.v.).* Pr. med.

Vasodilatator tranzitoriu și de valoare discutabilă.

Scanned with OKEN Scanner

Fen. sec.: injectarea rapidă și în doze mari poate provoca cefalee, vasodilatație superficială cefalică, dureri precordiale, dispnee, bradicardie.

Ind.: miocardite, tahicardie paroxistică, scleroză în plăci, boala Heine-Medin. *C. ind.:* prima copilărie.

D.u.: II, III: 1/2—2 fiole/24 ore, după vîrstă și boală. Tratamentul se începe cu doze mici.

Fricție Galenica. *Alcoholum* 39,66 g, *Aetherum aceticum* 4,06 g, *Mentholum* 0,33 g, *Aqua destill. ad* 100 ml. Flacon cu 50 și 100 ml. Acțiune revulsivă și analgezică locală.

Ind.: mialgii. *C. ind.:* copii sub 3 ani.

Mod de administrare: fricții locale.

Fructoză. *Fructosum* sol. apoasă 20% p.1 fiolă a 100 ml *(i.v.)*.

Substituent energetic, care participă la metabolismul glucidic: produce glicogen în mai importantă măsură decît glucoza (chiar în absența insulinei). Glicemia crește mai încet și scade regulat.

Fen. sec.: intoleranța la fructoză este excepțional de rară (autozomal-recesivă): vărsături, transpirații profuze, tulburări ale cunoștinței; starea de epuizare persistă și apare ulterior icter ușor și albuminurie. Cu aceste excepții, fructoza este bine tolerată dacă posologia este corectă și injecția este practicată strict *i.v.*

Ind.: boli hepatice severe și cardiace, roborant în caşexie. *C. ind.:* intoleranța la fructoză.

D.u.: vezi Glucoză.

Ftalilsulfatiazol. N-4 *phtalylsulfanylaminothiazolum* 0,50 g p.1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*.

Sulfamidă cu resorbție intestinală foarte redusă (3—5%), deci cu concentrație și acțiune maximă în intestin.

Fen. sec.: tulburări prin distrugerea florei coliforme; foarte rar semne de intoleranță la sulfamide (febră, erupții cutanate).

Ind.: infecții intestinale; la unele (dizenterie), numai pe baza antibiogramei. *C. ind.:* sensibilitate la sulfamide; insuficiență severă hepatică, renală; leucopenie, granulocitopenie, agranulocitoză.

D.u.: în general, 125 mg/kg/24 ore sau 4 g/M²/24 ore; de divizat în 4—(6) prize, la intervale egale, timp de 5—6 zile.

Furazolidon (D.C.I.). N-(5-nitro-2-furfuriliden)-3-amino-2-oxazolidon 100 mg p.1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Derivat foarte activ al nitrofuranului, cu acțiune predominant locală asupra germenilor gramnegativi din intestin.

Fen. sec.: reduse, dacă posologia este corectă și cura nu depășește 10 zile; greață, vărsături.

Ind.: infecțiile intestinale produse de germeni *(b. coli* patogeni, dizenterici), sensibili la Furazolidon și în care este suficient tratamentul local (colită ulceroasă).

D.u.: sugari: 5 mg/kg/24 ore (în 4 prize la 6 ore); copii 1—4 ani: 25—37,5 mg la 6 ore; copii peste 5 ani: 50 mg la 6 ore. Cură de 5—7 zile.

Produsul se va administra cu prudență la bolnavi cu insuficiență renală.

Scanned with OKEN Scanner

Gama-globulină. γ-globulină sol. 10% p.1 fiolă a 2 ml sol. inj. *i.m.* Pr. med. Term. val.

Fracțiune a proteinelor plasmatice obținută din plasma umană izolată din sînge placentar, retroplacentar sau normal (stabilizată prin glicocol).

Fen. sec.: lipsesc, fiind o proteină umană cu înalt grad de purificare. La locul injecției poate exista cîteva ore o reacție dureroasă (datorită glicocolului).

Ind.: profilaxia și atenuarea unor boli virotice: *rujeola, hepatita epidemică* (virus A), *boala Heine-Medin,* (infecția urliană, varicelă, rubeolă). Tratament adjuvant în infecții bacteriene septice. Terapie substitutivă în sindroamele de a- și hipogammaglobulinemie. *C. ind.:* administrarea *i.v.*

D.u.: Rujeolă. Profilaxie: 0,3 ml/kg în primele 6 zile după contact la: a) copii sub 2 ani neimunizați; b) copii neimunizați suferind de boli severe, care nu ar tolera o rujeolă atenuată; c) copii spitalizați. Medicul va hotărî dacă la unii bolnavi cronici nu este totuși preferabilă o rujeolă atenuată; dacă protejăm bolnavul și-l ferim de rujeolă, riscăm să sufere altă dată de o rujeolă clasică, după un contact nesesizat la timp! Atenuare: 0,075 ml/kg în primele 6 zile după contact, la toți copiii neimunizați.

Hepatită epidemică. Nu există o prevenție totală: individul poate să facă o infecție clinică inaparentă („imunizare pasivă activă"). Posologia (nu există un acord deplin asupra dozelor): 0,13 ml/kg în prima săptămînă după contact, la orice copil contact. Dacă contactul se prelungește (epidemie), vom repeta injecția la 3 săptămîni.

Varicelă. Doze relativ mari pot *atenua* boala la: a) distrofii avansate; b) boli grave; c) eczemă întinsă; d) nou-născuți; e) bolnavi tratați cu corticoizi sau cu antimetaboliți. Posologie (nu există un acord deplin asupra dozelor): 0,5—1,6 ml/kg, după caz (0,5—0,8 ml/kg la categoriile *c* și *d*; 1,3—1,8 ml și în primele 3 zile după contact la categoria *e).*

A- și hipogammaglobulinemii. Prevenirea frecventelor infecții bacteriene: 2,2 ml/kg ca doză inițială, urmată de 1,3 ml/kg după 3—4 săptămîni; de aici înainte după răspunsul clinic și dozajul γ-globulinelor din sîngele bolnavului; trebuie menținut un nivel sanguin de 100—300 mg%. *Arsuri severe:* 1,5 ml/kg în prima, a 3-a și a 5-a zi de spitalizare, dacă bolnavul nu a primit plasmă.

Alte indicații (profilaxie și atenuare pentru infecția urliană, rubeolă etc.): 0,3 ml/kg, cît de curînd după contact.

γ-Globulina este *probabil ineficace* pentru prevenirea infecțiilor respiratorii, care nu sînt asociate cu hipogammaglobulinemii și nu modifică evoluția astmului.

Precauții. Fiind o soluție 10% de proteine este relativ vîscoasă, de aceea acul trebuie să aibă un diametru mai mare, iar soluția va fi aspirată încet ca să nu producă spumă. Un eventual sediment care dispare după agitare nu indică o alterare a produsului.

Notă. În cazul folosirii sol. 16%: se vor administra doze cu 30% mai mici.

Gargarism. *Acidum lacticum* 0,80 g, *Acidum salicylicum* 0,40 g, *Phenolum* 3,60 g, *Glycerolum* 5 g, *Mentholum* 0,415 g, *Aetheroleum eucalypti* 0,20 g,

Scanned with OKEN Scanner

Excipiens q.s. ad 100 g sol. hidroalcoolică. Flacon cu 50 ml *(ext.)*. Antiseptic, dezodorizant.

Ind.: adjuvant în stomatite, angine.

Mod de administrare: III: în gargară, cîte 10—15 picături la un pahar cu apă caldă.

Gastrisan. *Magnesia usta* 49,751 g, *Carbo medicinalis* 49,751 g, *Folium belladonnae* 0,498 g. Cutie cu 50 g pulbere *(p.o.)*.

Neutralizant, adsorbant gastrointestinal, laxativ (primele două componente); diminuează hipersecreţia gastrică şi motilitatea tractului intestinal prin ultima.

Fen. sec.: în cantităţi mai mari: diaree prin magneziu, cărbune.

Ind.: boala ulceroasă, gastrita hiperacidă, colite, constipaţie. *C. ind.:* abdomen acut, stază gastrică, gastrită hipoacidă. Copii I—II.

D.u.: III: 1/2—1 linguriţă × 3/zi, după mese.

Gastrosedol. *Bismuthum carbonicum* 10 g, *Carbo medicinalis* 25 g, *Magnesium carbonicum* 10 g, *Aluminium silicicum hydratum* 45 g, *Aetheroleum anisi* 0,10 g, *Excipiens q.s. ad* 100 g. Cutie cu 100 g granule *(p.o.)*.

Neutralizarea acidităţii (carbonatul de magneziu), pansament gastric (carbonatul de bismut, silicatul de aluminiu hidratat), adsorbant (cărbunele).

Ind.: boala ulceroasă, gastrita hiperacidă, enterocolite. *C. ind.:* vezi Gastrisan.

D.u.: III: 1 linguriţă × 2/zi după mesele principale.

Geomycin *(Oxytetraciclinum* — D.C.I.*)*. 1 g pulbere uscată în flacon *(p.o.)*. Pr. med. Vezi Tetraciclina cu care este egală în aproape toate privinţele. Rezistenţă încrucişată.

Mod de administrare: în flacon, peste pulberea uscată se adaugă 10 ml apă distilată; 1 ml suspensie = 20 picături = 100 mg oxitetraciclină.

Doza/24 ore: 4—8 pic./kg (se divide în 4 prize, la 6 ore), cu precauţiile citate la tetraciclină.

Flaconul se va agita înainte de fiecare întrebuinţare.

Ginosedol. *(Oestradiolum* — D.C.I.*)*. Extract total de estrogeni hidrogenaţi corespunzător la 0,5 mg *dihydrofoliculinum* (10 000 u.) p. 1 fiolă a 1 ml. Cutie cu 3 fiole. 2,5 mg (50 000 u.) p. 1 fiolă a 1 ml. Cutie cu 1 fiolă. Sol. uleioasă inj. *i.m.* Pr. med.

Hormon ovarian cu acţiuni specifice (determină apariţia caracterelor sexuale secundare, apariţia ciclului menstrual; în doze mari favorizează osificarea cartilajelor de creştere a oaselor lungi, deci opreşte creşterea în înălţime etc.) şi generale (favorizează retenţia de apă şi NaCl, creşte retenţia de calciu şi eliminarea de potasiu; în litiazele renale creşte eliminarea de acid uric în urină, creşte procentul de calciu eliminat sub formă de legături organice şi scade deci calciuria etc.).

Fen. sec.: congestie mamară, cefalee, tulburări hepatobiliare, edeme etc. Dozele mari administrate timp îndelungat: modificări hiperplazice şi metaplazice în uter şi glanda mamară; nanism prin hiperestrogenie.

Ind.: tratament de substituţie în agenezii ovariene şi în insuficienţele ovariene primare sau secundare, pentru a obţine la pubertate dezvoltarea caracterelor sexuale secundare. Tratament al hipoplaziilor uterine şi mamare.

Scanned with OKEN Scanner

Menometroragiile pubertare datorite insuficienței de estrogeni. Oligomenoree, dismenoree (examen citovaginal, dozări hormonale). După pubertate: osteoporoză, anumite forme de acnee, litiază renală. *C. ind.:* hiperfoliculinemie, tuberculoză pulmonară evolutivă, insuficiență hepatică, epilepsie.

D.u.: 3—15 ani: posologie individualizată. *Sublingual* (cînd sînt suficiente doze mici): 0,0005—0,005 g/zi, divizat în 3 prize (Ph. I.). Soluția va fi picurată sub limbă și menținută aici cîteva minute, în timp ce bolnava evită să înghită. *I.m.* (strict în zonele de electie): 1/10—1 mg/zi. În metroragiile pubertare, unii specialiști recomandă doze mai mari (2—5 mg/zi).

Ginosedol B (Oestradiolibenzoas — Ph. I.). *Oestradiolum benzoicum* 1 mg (10 000 u.) p.1 fiolă a 1 ml. Cutie cu 3 fiole. 5 mg (50 000 u.) p. 1 fiolă a 1 ml. Cutie cu 1 fiolă sol. uleioasă inj. *i.m.* Pr. med.

Datorită esterificării cu acidul benzoic, estradiolul va fi inactivat mai lent în ficat, prin urmare la doze egale are activitate mai lungă decît estradiolul liber. În rest, vezi Ginosedol.

D.u.: 3—15 ani: 1/10—1 mg/zi (Ph. I.).

Glicocol *(Acidum aminoaceticum* — Ph. I.*). Acidum aminoaceticum* 1 g p.1 fiolă a 10 ml, sol. apoasă inj. 10%. Cutie cu 10 fiole. Necesar în sinteza creatinei, proteinelor, hemului, glutationului, acidului uric.

Ind.: după unii: miopatii, la debutul bolii Heine-Medin. *C. ind.:* astm.

D.u.: II, III: zilnic 5—10 ml *(i.v.* lent în 5 minute sau *p.o.)*, serii de 10 zile.

Glucosalil. *Natrium salicylicum* 1 g, *Glucosum* 1 g p. 1 fiolă a 20 ml. Cutie cu 50 fiole *(i.v.)*. Antireumatic, analgezic, antitermic.

Fen. sec.: bine tolerat. Dacă este folosit timp îndelungat și în doze mari: semne de intoxicație salicilică.

Ind.: reumatism Bouillaud în caz de intoleranță momentană *p.o. C. ind.:* insuficiență hepatică. Copii sub 3 ani.

D.u.: 3—15 ani: 0,01—0,015 g *Natrium salicylicum*/kg/24 ore *i.v.* (Ph. I.). Injecția se face foarte încet. Imediat ce este posibil, se va înlocui Glucosalilul cu acid acetilsalicilic (sau salicilat de sodiu *p.o.*).

Glucosum D, dextroză, subst. *(p.o.*; în diluții: *s.c., i.v.)*. Pr. med.

Glucoză. *Glucosum* 2, 3, 4 g p.1 fiolă 10 ml sol. 20, 33 sau 40%, sol. apoasă inj. numai *i.v.* Glucid metabolizat direct; stimulează inima; acțiune diuretică; antitoxică.

Fen. sec.: în timpul injecției constricție epigastrică și lipotimie, urmată de transpirație. Dozele mari și injectarea rapidă la cardiaci pot favoriza edemul pulmonar.

Ind.: alimentație parenterală, insuficiență hepatică și renală, miocardite, diferite intoxicații, șoc operator și traumatic, edem cerebral, hipoglicemie, hemoragii, uremie etc. *C. ind.:* insuficiență renală gravă, deshidratări.

D.u.: strict *i.v.* și încet 10—100 ml, după vîrstă și caz. Soluțiile sînt foarte iritante pentru țesuturi.

Glutarom. *Acidum glutamicum* 0,40 g p.1 drajeu enterosolubil. Flacon cu 100 drajeuri *(p.o.). Natrium glutamicum* 1 g p. 1 fiolă a 10 ml. Cutie cu 5 fiole *(i.v.* numai în perfuzie*)*.

Scanned with OKEN Scanner

Are rol important în metabolismul celular. Este dovedit că ameliorează activitatea nervoasă celulară numai la animalele care prezintă o carență în proteine. Leagă ionul amoniu, deci este recomandat cînd crește amoniacul sanguin.

Fen.sec.: p.o.: intoleranță gastrointestinală; *i.v.:* greață, vărsături. În doze mari alcaloză și hipokaliemie.

Ind.: p.o.: istovire psihică și fizică, psihoze, encefalopatii; *i.v.:* precomă hepatică. *C.ind.:* insuficiență suprarenală; *p.o.:* și hipoaciditate gastrică; *i.v.:* și orice insuficiență renală.

D.u.: 1—4 drajeuri × 3—4/zi, după mese, în raport cu vîrsta.

Glycerolum boraxatum 10% *(ext.)*. Gal. farm. Antiseptic local.

Gonacor. Hormon coriogonadotrop liofilizat (extras din urina de femeie gravidă) 500 u.p. 1 flacon. Cutie cu 5 flacoane. Vezi Pregnyl.

Griseofulvin (D.C.I.). *Griseofulvinum* 0,25 g p.1 compr. Flacon cu 120 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Antibiotic antimicotic.

Fen. sec.: rar: cefalee, epigastralgii, diaree. Excepțional: ușoară leucopenie, albuminurie trecătoare. Tulburările pot dispărea spontan sau după scăderea dozei. Produsul nu are acțiune antibacteriană.

Ind.: micozele pielii capului, părului și unghiilor: epidermofiție, tricofiție, favus, microsporie. Indicații majore: tricofiția profundă, onicomicozele și micozele pielii capului.

D.u.: 250—500 mg/24 ore, doza fracționată în 4 prize, după mese. Durata tratamentului este determinată de timpul necesar înlocuirii țesutului bolnav prin țesut sănătos: 2—4 săptămîni în micozele cutanate, 2—3 săptămîni în micozele pielii capului, cîteva luni în onicomicoze. În micozele eczematizate și suprainfectate se va asocia tratamentul local sau general clasic, deoarece Griseofulvin nu influențează decît componenta micotică; acțiunea ei este pe de altă parte fungistatică (nu fungicidă), prin urmare riscurile de infecție și reinfecție persistă pînă la vindecarea totală. Tratamentul nu scutește deci de măsurile uzuale de igienă din boala respectivă.

Guanetidin (D.C.I.). Guanitidină sulfurică 0,01 g p.1 compr. Flacon cu 50 compr. Pr. med.

Hipotensiv foarte energic, care inhibă durabil influxul postganglionar simpatic.

Fen. sec.: hipotensiune ortostatică cu fenomene de anoxie cerebrală, retenție de apă, oboseală musculară, tremurături, tulburări de micțiune, diaree.

Ind.: hipertensiune arterială. Sindromul hemolitic — uremic. *C. ind.:* insuficiență renală, feocromocitom. Copii I—II.

D.u.: (III): tratament individualizat, prescris și strict urmărit de medic.

Haemaccel. Înlocuitor de plasmă. Flacon cu 500 ml și trusă pentru perfuzie *i.v.* Pr. med.

Conține: 35 g polipeptide provenite din gelatină, 8,5 g NaCl, 0,38 g KCl, 0,7 g Cl_2Ca, Apă distilată *ad* 1 000 ml.

Concentrația în electroliți (mEq./litru): cationi Na^+ 145, K^+ 5,1, Ca^{++} 12,5 și anioni Cl^- 145, urme PO^-_4 și SO^-_4.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: şoc cu etiopatogenie variată (exsicoze în diaree, pierderi de plasmă, pierderi de sînge, operaţii, componentă neurogenă, vasogenă). Dacă pierderile de sînge au determinat anemie evidentă: sînge! *C. ind.:* hepatită, nefrită, pleurezie, pericardită.

D.u.: cantitatea şi cadenţa în funcţie de situaţie; în general 10 ml/kg pentru perfuzia lentă.

Precauţii: se vor folosi numai soluţii clare din flacoane neîncepute. Nu se va amesteca cu plasmă sau sînge citrat (acestea pot fi perfuzate înainte sau după perfuzia cu Haemaccel). Acţiunea digitalicelor poate fi amplificată de Ca^{++}.

Hecogen. *Extractum hepatis* 1/10 7,84 g, *Tinctura gentianae* 3,49 g, *Extractum colae* 0,92 g, *Natrium glycerophosphoricum* 3,92 g, *Glycerolum* 5,98 g, *Sirupus aromatisatus q.s. ad* 100 g. Flacon de 200 ml. Creşterea apetitului, stimulare generală şi nervoasă.

Fen. sec.: extractul de ficat poate produce rar fenomene de intoleranţă digestivă.

Ind.: anorexie, astenie, convalescenţă. *C. ind.:* copii sub 3 ani.

D.u.: 3—15 ani: 1 linguriţă × 2/zi.

Hematodin. *Hematoporphyrinum* 4 mg p. 1 fiolă a 2 ml. sol. apoasă inj. 0,3%. Cutie cu 10 fiole *(i.m.)*. Pr. med.

Pigment derivat din hemoglobină cu acţiune caracteristică asupra sindroamelor melancolice; în acelaşi timp, tonic şi stimulent.

Fen. sec.: intoleranţă locală (roşeaţă, împăstare) şi generală (febră); după dispariţia tulburărilor, tratamentul poate fi reluat cu doze mai mici şi la 2—3 zile. Se va evita expunerea la soare.

Ind.: sindroame melancolice şi psihoze depresive endogene; oboseală, nevroză astenică. *C. ind.:* pelagră, porfirinurii, insuficienţă hepatică, anemie hemolitică, boli febrile. Copii sub 7 ani.

D.u.: 7—11 ani: 0,5 ml/zi; 12—15 ani: 1 ml/zi; *i.m.* profund. Serie de 20 inj. zilnice; pauză 8 zile; se repetă încă o dată. Este prudent să începem cu doze mai mici: 0,25—0,5 ml şi să urcăm în 2—3 inj. la 0,5—1 ml, după vîrstă. Se va evita doza-limită citată în caz de hiperexcitabilitate a centrilor ortosimpatici şi în caz de leziuni organice ale centrilor nervoşi.

Hemorsal. *Bismuthum oxyiodogallicum* 0,083 g, *Bismuthum gallicum basicum* 0,083 g, *Aethylium paraaminobenzoicum* 0,008 g, *Procainum hydrochloricum* 0,005 g, *Adrenalinum hydrochloricum* 0,002 g p.1 supozitor. Cutie cu 6 supozitoare *(r.)*. *Bismuthum oxyiodogallicum* 3,32 g, *Bismuthum subgallicum* 3,32 g, *Aethylium paraaminobenzoicum* 0,32 g, *Procainum hydrochloricum* 0,20 g, *Adrenalinum hydrochloricum* 0,01 g p. 100 g unguent. Tub cu 25 g *(ext.)*. Acţiune antiinflamatorie, anticongestivă şi anestezică.

Ind.: hemoroizi, fisuri anale, eroziuni peri- şi intraanale. *C. ind.:* sugari.

Hemorzon. *Hydrocortizonum* 0,01 g, *Tetracyclinum* bază 0,02 g, *Aethylium paraaminobenzoicum* 0,0083 g, *Procainum hydrochloricum* 0,005 g, p.1 supozitor. Cutie cu 6 supozitoare.

Efect antiinflamator prin cortizon şi anestezic prin anestezină şi novocaină.

Ind.: hemoroizi (criză acută), tromboflebită hemoroidală.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: (III): 1 seara, după baie locală; cel mult 2/24 ore.

Heparină. *Heparin natrium* 5 000 u. p.1 fiolă a 1 ml. Cutie cu 5 fiole *(i.v., i.m., s.c.)*. Pr. med. Term. val.

Hormon care participă la menținerea sîngelui în stare lichidă și la menținerea stării fizico-chimice a lipoproteinelor plasmatice. Împiedică transformarea protrombinei în trombină, împiedică aglutinarea plachetelor. Favorizează dizolvarea unui cheag preexistent.

Fen. sec.: reacții anafilactice la bolnavii sensibili la heparină. Dacă a fost aplicată profilactic în chirurgie și dacă hemostaza nu a fost perfectă, pot apărea hemoragii.

Ind.: tromboze și embolii, flebite. Injectare intrapleurală împotriva aderențelor pleurale. *C. ind.:* hemofilie, purpură, icter, hemoragii postoperatorii, endocardită lentă, boală ulceroasă și colită ulceroasă. Prima copilărie. Prudență la alergici. Dacă hemoragia nu a putut fi perfect stăpînită în cursul unei operații, nu se va folosi heparină 2—3—10 zile.

D.u.: tratament sub strictă supraveghere medicală. Posologia este determinată de controlul nivelului de protrombină: 30 luni—15 ani: 2 500—25 000 u./24 ore *i.v.*, perfuzie sau intermitent (Ph. I.).

Hidrargir cianat. *Hydrargyrum cyanatum* 0,02 g p. 1 fiolă a 1 ml, sol. apoasă inj. 2% *(i.v.)*. Pr. med. (timbru sec).

Fen. sec.: tulburările generale ale medicației mercuriale.

Ind. și *C. ind.:* lues.

D.u.: I—III: 0,00033 g (1/3 mg)/kg, zilnic *i.v.* Serii de 20—25 inj.

Hidrocortizon *(Hydrocortizonum acetylatum* — D.C.I.*)*. 25 mg p.1 fiolă a 1 ml, sol. apoasă inj. 25‰. Cutie cu 5 fiole. Pr. med. Term. val.

Derivatul acetilat al hidrocortizonului (microcristale); este puțin solubil în lichidele spațiului extracelular; se resoarbe deci lent și exercită *local* acțiunea specifică a corticoizilor.

Fen. sec.: rar, reacții paradoxe, cu exacerbarea procesului local în primele zile, urmate de ameliorare. Infectarea articulației poate surveni datorită nerespectării regulilor de asepsie!

Ind.: patologia aparatului locomotor (artrite, traumatisme etc.). *C. ind.:* infecții locale, de vecinătate sau artrite „de focar", dacă infecția (amigdaliană) nu este tratată concomitent.

D.u.: injecții locale (intra- și periarticulare), după indicația medicului specialist (ortoped, chirurg).

Hidrocortizon hemisuccinat. Hemisuccinat de hidrocortizon liofilizat 25 mg p.1 fiolă *(i.v.)*. Pr. med. Injectarea *i.v.* a hemisuccinatului de hidrocortizon realizează o impregnare hormonală rapidă.

Ind.: urgențele corticoterapiei suprarenale: insuficiență suprarenală acută (crize addisoniene, colapsul circulator din stările infecțioase, sindromul Waterhouse-Friederichsen), stări de șoc, reacții alergice severe, stare de rău astmatică etc. *C. ind.:* tratament de durată; imediat ce este posibil, trecem la corticoterapia *p.o.*

D.u.: după acuitatea simptomelor: 4—8 mg/kg sau 1—4 fiole/24 ore *i.v.* sau perfuzie lentă, de obicei cel mult 24 ore; după aceea Prednison *p.o.*

Scanned with OKEN Scanner

Mod de administrare: soluția se prepară extemporaneu, pentru fiecare flacon fiind necesari 2 ml apă distilată sterilă. Soluția se injectează imediat *i.v.* (lent, în 3—4 minute) sau se introduce în lichidul de perfuzie.

Hidromorfon *(Hydromorphoni hydrochloricum* — D.C.I.*). Dihydromorphinonum hydrochloricum* 2 mg p.1 fiolă a 1 ml. sol. inj. 0,20%. Cutie cu 3 fiole *(s.c.)*. Pr. med. (timbru sec.).

Derivat sintetic al morfinei: efectul este de 3—5 ori mai puternic și mai durabil; obișnuința se instalează mai tîrziu.

Fen. sec.: ale morfinei.

Ind.: ale morfinei. *C. ind.:* abdomen acut, insuficiență respiratorie, hepatică și renală, come și precome; copii sub 10 ani.

D.u.: 10—15 ani: 1/4—1/2 fiolă/24 ore, *s.c.*

Hidromorfon-atropin. Produsul precedent + *Atropinum sulfuricum* 0,3 mg p.1. fiolă a 1 ml.

Hipazin, sin. Adelphan. *Reserpinum* 0,0001 g (0,1 mg), 1,4—*Dihydrazinophtalazinum* 0,01 g p.1 compr. Flacon cu 50 compr. *(p.o.)*. Pr. med. Vezi Hiposerpil și Hipopresol.

Ind.: hipertensiune arterială, cînd este necesară și acțiune sedativă.

D.u.: tratament la indicația și sub supravegherea medicului. III: începem cu 1/2 compr. × 2/24 ore, se poate urca treptat pînă la 1 compr. × 3/24 ore.

Hipopresol *(Dihydrazalini sulfas* — D.C.I.*)*, sin.: Nepresol, Apressin. *1,4-Dihydrazinophtalazinum* 0,025 g p.1 drajeu. Flacon cu 50 drajeuri *(p.o.)*. Pr. med.

Hipotensiv cu acțiune lentă și durabilă.

Fen. sec.: în doze mai mari sau în caz de oligurie scade fluxul sanguin în rinichi și filtrația glomerulară pînă la anurie. Hiperemia pielii, tahicardie și hipotensiune ortostatică importantă.

Ind.: hipertensiune arterială esențială, glomerulonefrită, nefroscleroză. *C. ind.:* leziuni coronariene asociate; insuficiență renală gravă sau accidente cerebrale; miocardită.

D.u.: hipertensiune arterială (atențiune dacă funcțiile renale sînt perturbate!). Începem cu 0,75 mg/kg/24 ore sau 25 mg/M²/24 ore, divizat în 4 prize, după mese; după 3—4 săptămîni putem crește doza de 4—5—10 ori, dacă este necesar.

Tratament la indicația și sub supravegherea medicului.

Hiposerpil *(Reserpinum* — D.C.I.*)*, sin.: Serpasil. Alcaloid pur cristalizat din *Rauwolfia serpentina* 0,25 mg p.1 compr. Flacon cu 40 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Acțiune sedativă centrală, mai ales pe centrii vegetativi. Scade tonusul simpatic, crește tonusul parasimpatic: mioză, bradicardie și stimulează peristaltismul intestinal. Scade treptat și durabil presiunea arterială ridicată în mod patologic; cea normală este puțin influențată. Favorizează somnul normal. De obicei este bine tolerată în doze mici.

Fen. sec.: la doze mari sau în caz de hipersensibilitate individuală: diaree; *amețeli, cefalee;* hiperemia mucoaselor oculare; senzație de greutate în membrele inferioare; *somnolență*, oboseală; uscăciunea mucoaselor, bradicardie,

Scanned with OKEN Scanner

colaps ortostatic; tulburări extrapiramidale de tip parkinsonian; crize epileptice, stări depresive; hiperclorhidrie (ulcer gastroduodenal!).

Ind.: distonie vegetativă, hipertensiunea arterială, tahicardie, hipertireoze, prurit; psihiatrie. *C. ind:* psihoze depresive, insuficiență cardiacă, gastroenterocolite, boală ulceroasă. Copii sub 3 ani.

D.u.: posologia și durata tratamentului trebuie individualizată. Tratament sub supraveghere medicală, începînd cu doze mici; se vor tatona dozele eficace și tolerate; 3—6 ani: 1/2 compr. × 1—2/24 ore; 7—15 ani 1/2 compr. × 2—3/24 ore. Sau (Ph. U.R.S.S.): max. 2—5 ani: 0,1 mg × × 2/24 ore; 6—12 ani: 0,1 mg—2—3/24 ore. Alții recomandă doze mai mari: 0,02 mg/kg/24 ore sau 0,6 mg/M²/24 ore; de divizat în 3—4 prize.

Homatropinum hydrobromicum subst. *(ext.)*. Pr. med.

Pentru diagnostic în oftalmologie: sol. 1%.

Hyason *(Hyaluronidasum — D.C.I.)*. 150 u. hialuronidază purificată și liofilizată p.1 fiolă + 1 fiolă solvent (ser fiziologic) *(s.c., i.m., local)*. Pr. med.

Ferment care depolimerizează acidul hialuronic, substanța de bază a țesutului conjunctiv.

Fen. sec.: administrarea repetată poate provoca fenomene de sensibilizare.

Ind.: grăbește de 1,5—10 ori absorbția sol. inj. *s.c.* sau *i.m.* (sol. electrolitice, anestezice); accelerează resorbția exsudatelor, hematoamelor. *C. ind.:* inj. în țesuturi infectate sau maligne.

Mod de administrare: hipodermocliză: soluția preparată extemporaneu este injectată în regiunea respectivă, după care se injectează pe același ac și în același loc sol. electrolitică; conținutul unei fiole este suficient pentru 1 litru sol. de administrat.

În hematoame, exsudate, edeme: se injectează conținutul fiolei, diluat sau nu în 5—10 ml ser fiziologic.

Hydergin. Amestec în părți egale de metansulfonați de dihidroergocornină, dihidroergocristină și dihidroergocriptină: sol. p. uz intern 0,1% *p.o.* Flacon cu 15 ml. Fiole cu 0,30 mg/fiolă a 1 ml. Cutii cu 6 și 20 fiole, *i.m., s.c.* Pr. med.

Simpaticolitic; antihipertensiv.

Fen. sec.: bine tolerat. Rar, congestia mucoasei nazale, amețeli, cefalee, tulburări gastrice (determinate de administrarea înainte de masă).

Ind.: tulburări de circulație organice și funcționale, periferice, cerebrale; hipertensiune arterială; migrene (între crize). Hiperpirexie. Diabet labil. *C. ind.:* ale simpaticoliticelor. Copii I, II.

D.u.: posologia va fi crescută treptat, după toleranță; *p.o.* III (cazuri ușoare): 3 × 5 — 30 pic./24 ore (după mese). *i.m., s.c.* III: 0,5—2 ml/zilnic sau la 2 zile.

Pentru un anumit efect sînt echivalente 1 ml pe cale parenterală (0,30 mg) cu 60—80 pic. *p.o.* (3—4 mg).

Hydrargyrum amidochloratum, precipitat alb de mercur, subst. *(ext.)*. Pr. med.

Antiseptic în pomezi: 1—5% (impetigo, acnee, blefarite etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Hydrargyrum bichloratum, sublimat corosiv, subst. *(ext.)*. Pr. med. (timbru sec.).

Antiseptic, dezinfectant: 1/1 000—1/1 500 pentru dezinfecția mîinilor; nu mai este folosit pentru spălături.

Hydrargyrum chloratum, calomel, subst. *(ext.)*. Pr. med.

Antiseptic (pomadă 1—5%) pentru oftalmologie, dermatologie. Nu mai are indicații pentru uz intern.

Hydrargyrum oxycyanatum, oxicianură de mercur, subst. *(ext.)*. Pr. med. (timbru sec.).

Antiseptic extern: sol. 1/5 000—1/10 000 pentru loțiuni oculare; 1/2 000—1/5 000 pentru alte mucoase.

Hydrargyrum oxydatum flavum, precipitat galben de mercur, subst. *(ext.)*. Pr. med.

Antiseptic, astringent. Pomezi 1—3% în oftalmologie (eczema marginii pleoapelor, blefarite) și 1—5% în dermatologie.

Hydrogenium peroxydatum concentratum, sin.: Perhydrol. Sol. apoasă 30% peroxid de hidrogen *(ext.)*. Pr. med.

Sursă de oxigen în stare născîndă. Antiseptic, hemostatic. *Se va utiliza numai diluat 1/10* ca apă oxigenată. Pentru gargară: 1 linguriță Perhydrol la 100—125 ml apă călduță.

Indigo carmin. Indigotrisulfonat de sodiu 0,02 g p.1 fiolă 5 ml (sol. 0,4%). Cutie cu 5 și 30 fiole *(i.v.)*. Pr. med.

Colorant pentru explorarea funcției renale.

Fen. sec.: fenomene de sensibilizare (urticarie, dispnee).

Mod de administrare: injecția se face încet *i.v.*, cu soluția încălzită la temperatura corpului. Bolnavul va bea un pahar cu ceai înainte de probă. Doza = după indicația medicului specialist (1 fiolă pentru adultul normal; la copii se diminuează doza, conform vîrstei).

Inhalant. Soluție alcoolică de uleiuri volatile conținînd: *Aetheroleum Pini* 10,4 g, *Aetheroleum Menthae* 2,4 g, *Aetheroleum Eucalypti* 1,6 g, *Aetheroleum Lavandulae* 0,1 g, *Terpineol* 0,2 g, *Alcoholum q.s. ad* 100,0 ml. Flacon a 10 ml. Antiseptic rinofaringian.

Fen. sec.: ale mentolului la copii sub 3 ani.

Ind.: infecții acute ale căilor respiratorii superioare. *C. ind.:* pneumonopatii acute, hemoptizii, tuberculoză pulmonară evolutivă; astm bronșic, hipertensiune arterială. Copii sub 3 ani.

Mod de administrare: un sfert din cantitatea unui flacon se toarnă într-un vas cu 1 l apă fierbinte; vaporii care se degajă sînt inhalați sub un cearșaf sau prosop.

Insulină. *Insulinum* 200 u. p.1 fiolă de 5 ml. Cutii cu 1 și 3 fiole *(s.c., i.v.)*. Pr. med. Term. val.

Hormon pancreatic cu acțiune hipoglicemiantă.

Fen. sec.: de obicei datorite greșitei prescrieri sau administrări; în cazul diabetului și nerespectării regimului alimentar etc. Hipoglicemie, senzații de frig, agitație, tremurături, convulsii, perturbarea senzoriului, somnolență, comă.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: diabet zaharat, cură de îngrășare, psihiatrie. *C. ind.:* alergia la insulină; stările hiperglicemice, se va evita în insuficiența hipofizară și suprarenală.

D.u.: în afară de diabet: 2—10 u./zi, după vîrstă. Psihiatrie: după recomandarea specialistului.

Insulin lente *(Suspensio insulini* — D.C.I.*)*. 400 u. insulină precipitată cu zinc și resuspendată în tampon de acetat p.1 flacon 10 ml. Cutie cu 1 și 5 flacoane (suspensie). Conține 30% insulină amorfă și 70% insulină microcristale *(s.c., i.m.)*. Pr. med. Term. val.

Acțiune hipoglicemiantă cu durată de 24 ore.

Fen. sec.: ale insulinei.

Ind.: diabet zaharat: 80—90% din diabetici pot fi compensați cu această insulină. *C. ind.:* ale insulinei.

D.u.: dimineața pe nemîncate.

Insulin-zinc-globin. Globin-zinc-insulin 40 u./1 ml sol. inj. (fiole a 5 ml cu 200 u.). Cutie cu 1 fiolă *(s.c.)*. Pr. med. Term. val. Se va păstra la 5—15°.

Insulină cu acțiune prelungită prin globină și zinc (ultimul crește și stabilitatea insulinei). Activitatea începe după 2—4 ore și este maximă după 8—(10) ore; activitate totală 18—(24) ore.

Fen. sec.: vezi Insulina.

Ind.: diabet zaharat, preferată de unii la bolnavii care necesită doze mari. Alegerea tipului de insulină și posologia sînt în mare parte dependente de bolnav, boală, experiența medicului și răspunsul la tratament. Tratamentul este mai simplu cu Insulin-zinc-globin (o injecție/zi), se utilizează mai puțină insulină, diabeticii neurolabili sînt mai lesne echilibrați. *C. ind.:* coma diabetică. În rest, vezi Insulină. În caz de supradozaj, nu se ajunge la șoc; se observă timp de cîteva ore oboseală, cefalee, tremurături, dezorientare.

Mod de administrare: în cadrul îngrijirii complexe a diabeticului. Injecțiile totdeauna *s.c.*, niciodată *i.v.* O singură injecție/zi, dimineața. Uneori (dacă sînt necesare doze mari) se recomandă 1/5 parte din doză seara. Locul injecției va fi schimbat frecvent.

Ioduron U.S. *(Diodonum* — D.C.I.*)*. Dietanolamina acidului diiodopiridon-N-acetic sol. 50% și Natriu carboximetilceluloză *q.s.*, fiole de 20 ml *(i.v.)*. Pr. med.

Produs de contrast hidrosolubil pentru explorarea aparatului urinar și a sistemului vascular.

Fen. sec.: Ioduronul este în general bine tolerat. Sînt totuși bolnavi care prezintă o hipersensibilitate individuală; pot fi depistați prin testarea prealabilă a toleranței.

Ind.: urografie, examene speciale. *C. ind.:* hipersensibilitate la iod, afecțiuni degenerative ale parenchimului hepatic și renal, tireotoxicoză, leziuni grave miocardice.

Posologie. Urografie *i.v.:* 2—3—5 ml (sugari), 5—8 ml (copii 1—3 ani) 10—15 ml (copii 3—15 ani).

Teste pentru sensibilitate. Deși nu există nici o metodă absolut sigură pentru determinarea idiosincraziei la produsele de contrast, pot fi recomandate următoarele procedee: 1) aplicarea intradermică (0,1 ml sol. iodată provoacă

Scanned with OKEN Scanner

o veziculă de 1 cm diametru și o zonă hiperemică de 1,5 cm); 2) aplicarea conjunctivală (hiperemie marcată a conjunctivei după 3—5 minute); 3) aplicarea *i.v.* (1 ml provoacă prurit, greață, hipotensiune, tahicardie, dispnee, tuse iritativă, cianoză, cefalee); 4) aplicarea linguală (cîteva picături provoacă o tumefacție a limbei și a hipofarinxului, ca și o parestezie labială).

Mod de administrare: pregătirea bolnavului: după recomandarea medicului. Încălzim în prealabil soluția de contrast la temperatura corpului. Este bine ca să începem injectarea cu 0,5—1—2 ml, introdus încet *i.v.* Dacă este bine tolerat, se injectează și restul în 1—2 minute. În caz de efecte secundare neprevăzute grave: hemisuccinat de hidrocortizon *i.v.*, analeptice, Romergan *i.m.*

Isolanid. Desacetyllanatosid C 0,4 mg p.1 fiolă a 2 ml *(i.v.)*. Pr. med. Vezi Cedilanid. Se injectează numai *i.v.*

Isoxyl *(Tiocarbidum* — D.C.I.*)*. Diizoamiloxitiocarbanilidă 0,50 g p.1 compr. Flacon cu 500 compr. Pr. med.

Tuberculostatic de releu, mai puțin activ decît H.I.N. sau streptomicina, poate similar cu Etionamida și mai activ decît PAS (l-ar putea înlocui pe acesta din urmă în cadrul tratamentului inițial deci, H.I.N. + Isoxyl).

Toxicitatea ar fi redusă, hipoglicemiant în doze mari.

D.u.: 100 mg/kg/zi (în două prize fracționate), în asociere cu alte tuberculostatice (dintre care aproape totdeauna H.I.N.).

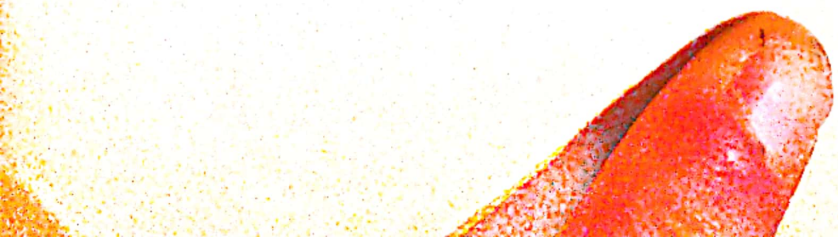
Izoniazidă. *(Isoniazidum* — D.C.I.*)*. Izoniazidă 50 mg și 100 mg p.1 compr. Cutie cu 100 compr. *(p.o.)*. 250 mg și 500 mg p.1 fiolă a 10 ml (sol. 2,5 sau 5%). Cutie cu 5 fiole *(i.m.)*. Subst. (local*)*. Pr. med.

Chimioterapic foarte activ împotriva B.K. uman și bovin, mai puțin împotriva B.C.G. Difuziune rapidă și importantă. Toleranța foarte bună. Rezistența se instalează încet și relativ rar, dacă se respectă principiile terapeuticii antituberculoase.

Fen. sec.: rare. *Tulburări digestive:* anorexie, greață, vărsături, constipație. Tulburări neurovegetative: uscăciunea gurii, tulburări ale micțiunii, tulburări vasomotorii, hipotensiune posturală, hiperglicemie. *Tulburări ale S.N.C.:* crampe musculare, amețeli, somnolență sau insomnie, schimbarea caracterului, *convulsii*, parestezii, polinevrite. Tratament: piridoxină 200—250 mg/zi, timp de 3—5 zile (profilactic: 50 mg piridoxină/zi). *Sensibilizare:* prurit, exanteme, eozinofilie, leucopenie. Tratament: după o pauză de o săptămînă, tratamentul poate fi reluat, cu doze mai mici și în mai multe prize (dar în cadrul unei probabile eficiențe) cu adaos de piridoxină, Rutosid și Glutarom (posologia ultimului: raport de 1/10 față de H.I.N.).

Ind.: tuberculoză, în asociere cu 1—2 tuberculostatice. Deoarece rezistența la H.I.N. a început să fie mai frecventă (5—15%) *culturi* și *antibiogramă* (cînd B. K. poate fi izolat) înainte de începerea tratamentului (și în timpul tratamentului). *C. ind.:* psihoze maniacale. Prudență în epilepsie, hemoptizii și insuficiență renală.

D.u.: în cadrul terapeuticii complexe a tuberculozei, sub control medical. *P.o.* 10—20 mg/kg/24 ore, sau 300—600 mg/M²/24 ore, max.: 500 mg/24 ore, în 1—2—3 prize/zi, după mese. Aproximativ 25% din copii inactivează rapid H.I.N., de aceea se recomandă dozarea medicamentului în urină, pentru



Scanned with OKEN Scanner

a fixa doza eficientă pentru fiecare caz în parte. Durata tratamentului: 1—2 ani. *I.m.* (temporar): meningită, intoleranță gastrointestinală; se poate injecta și *i.v.*, *i.f.*, în plăgi și fistule (la ultimele și ca substanță); aerosoli.

Jecolan. *Oleum jecoris aselli* 40 g, *Adeps lanae anhydricus* 17 g, *Vaselinum q.s. ad* 100 g tub cu 25 g unguent *(ext.)*. Regenerator și topic al tegumentelor.

Ind.: arsuri de gradele I și al II-lea (neinfectate), degerături, plăgi atone, dermite uscate. *C. ind.:* dermite exsudative, arsuri de gradul al II-lea peste 3%, arsuri de gradul al III-lea.

Mod de administrare: aplicații locale, sub pansament uscat, zilnic sau la 2 zile.

Jecozinc. *Oleum jecoris aselli* 12 g, *Zincum oxydatum* 38 g, *Talcum* 4 g, *Adeps lanae anhydricus* 12 g, *Vaselinum q.s. ad* 100 g. Tub cu 25 g unguent *(ext.)*.

Topic, protector și cicatrizant al epiteliilor.

Ind.: arsuri de gradul I, eriteme, dermite cu inflamație redusă. *C. ind.:* erupții acute exsudative, inflamații cutanate, arsuri de gradele al II-lea și al III-lea.

Mod de administrare: aplicații locale, fără pansament 1—2/zi.

Kalium bitartaricum, cremor tartar, subst. *(p.o.)*. Pr. med.

Diuretic, laxativ sau purgativ după doză; III: 1—3 g.

Kalium bromatum subst. *(p.o.)*. Pr. med. Vezi *Ammonnium bromatum.*

Kalium chloratum subst. *(p.o.)*. *Kalium Hausmann* 1,50 g KCl p. 1 fiolă 10 ml, pentru perfuzii *i.v.* O fiolă conține 0,8 g K (20 mEq) și 0,7 g Cl (20 mEq) Pr. med.

Principalul electrolit intracelular. Deficitul de potasiu poate fi diagnosticat prin: anamneză, simptome clinice (pareză intestinală, ileus, greață, adinamie, slăbiciune musculară, areflexie, apatie), modificări în ECG, determinarea kaliului seric. Atragem atenția că numai un deficit important de K poate fi confirmat prin dozajul în sînge.

Ind. p.o.: orice deficit sau nevoi suplimentare de potasiu. Mai frecvent în cursul tratamentelor cu corticoizi și ACTH, deoarece excreția de K este accelerată (îndeosebi cînd posologia este importantă, leucoze, tumori); pierderi anormale gastrointestinale de K (diaree, steatoree, drenaje chirurgicale, abuz de laxative etc.); aport alimentar redus și alimentație în care predomină hidrații de carbon, lichide sau perfuziile sărace în K; boala Cushing și sindromul Conn; adjuvant important al tratamentului cu glucozide digitalice și digitaloizi, mai ales în insuficiența cardiacă severă și în asociere cu salureticele; tratamentul cu saluretice, mai ales în ciroză (ascită). *C. ind.:* nefropatii azotemice, oligurie, anurie, insuficiență corticosuprarenală netratată, exsicoză severă și încă netratată, arsuri grave, faza inițială de tratament a acidozei diabetice.

D.u.: ca indicație generală (I-II): 0,25—3 g/zi în cașete a 0,25—0,50 g (menționăm că produsul „sare fără sodiu" conține 55% KCl).

Pentru acoperirea deficitului de potasiu sînt necesare doze mai importante (1—3 g/zi), iar profilactic este suficientă o posologie mai redusă (0,25—

Scanned with OKEN Scanner

1,50 g/zi). Dacă funcțiile renale sînt bune, nu este de temut supradozajul pe cale orală.

Ind. i.v.: în afara medicațiilor de mai sus, aportul parenteral de K este imperativ ori de cîte ori el este redus în cursul alimentației parenterale, în faza anabolică după intervenții chirurgicale și în cursul tratamentului acidozei diabetice. *C. ind.:* (vezi mai sus). Dacă hipokaliemia este verificată prin dozaj sanguin, sînt situații în care un aport prudent de K este totuși necesar, deși există leziuni renale.

Profilactic. Sînt indicate acele doze care acoperă necesarul zilnic, în măsura în care nu intervin pierderi exagerate.

Înlocuirea pierderilor: vezi rehidratarea. Soluția de KCl nu va fi injectată direct în venă sau în tubulura perfuzorului; ea trebuie diluată în recipientul pentru perfuzie.

Kalium guajacolum sulfonicum, tiocol, subst. (*p.o.*). Pr. med. Antiseptic pulmonar (60% gaiacol).

D.u.: I: 0,03 g/24 ore; II: 0,10—0,20 g/24 ore; III: 0,20—0,60 g/24 ore. Încorporat în poțiuni; doza zilnică se împarte în 3—4 prize.

Kalium jodatum subst. Compr. a 0,001 g. Cutie cu 100 compr. *(p.o.)* Pr. med.

Fen. sec.: sensibilitatea față de iod este de obicei rară la copii, dar poate fi variată după anumite regiuni. *Ind.:* expectorant; profilaxia gușii. *C. ind.:* tuberculoză pulmonară, boli cardiace, sensibilizare la iod.

D.u.: astm bronșic, bronșite. I: 0,025—0,05 g ; II: 0,10—0,20 g; III: 0,20—0,30 g; această doză se administrează de 3 ori/zi, în soluție (cu lapte rece). *Rp. Kalii jodati, Natrii bicarbon.* āā 2 g, *Aqua menthae* 10 g, *Aqua destill. ad* 150 g D.S. 5—10 ml (II) × 3/24 ore, în puțin lapte rece.

La copilul peste 30 luni: 0,05—0,10 g/an de vîrstă/24 ore; se împarte în 3 prize. (Ph.I.) Patologia tiroidei: doze mult mai mici. Profilaxia gușii: 0,5—1 mg/săptămînă; *Rp.* Sol. *Kalii jodati* 0,20 : 20. D.S. de 1—2 ori/săptămînă cîte 2—3 pic. (II—III), luni de zile. Tratamentul gușii nou-născutului: *Unguentum Kalii jodati* 10%. Se va freca regiunea anterioară a gîtului 2—3 zile cu acest unguent, zilnic o cantitate cît un bob de linte sau 0,1 mg *Natr. jodati*/zi *(p.o.)*, timp de 1—2 zile; dacă se depășesc aceste doze, pot apărea diaree și prăbușiri ale greutății. Tratamentul gușii copilului: fricții zilnice cu același unguent (o cantitate cît un bob de mazăre) sau *(p.o.)* 1—5 mg IK/zi.

Kalium permanganicum subst. *(ext.)*. Dezinfectant, dezodorizant (oxidant). Băi: se adaugă din sol. 5% pînă ce apa ajunge roșie ca vinul. Atenție: sugarul să nu înghită apa din baie. Folosirea prea îndelungată poate produce intoxicații.

Kanamycin, 1 g p. un flacon, p. inj. *i.m., i.v.* Pr. med. Term. val.

Antibiotic de rezervă pentru unele infecțiuni ale nou-născuților, pentru unele pielonefrite și infecții stafilococice; de reținut neuro- și nefrotoxicitatea. Antibiotic bactericid. Administrat *i.m.* atinge repede niveluri sanguine importante, difuzează bine în organe și umori (nu în L.C.R); excreția se face îndeosebi prin rinichi, cu concentrații urinare importante.

Scanned with OKEN Scanner

Spectrul de acțiune: bacili gramnegativi, stafilococi. Rezistențe se dezvoltă încet față de colibacili și stafilococi. Rezistență încrucișată parțială cu streptomicina: germenii rezistenți la kanamicină sînt de cele mai multe ori insensibili la streptomicină, dar nu invers. Rezistență încrucișată completă cu neomicina.

Fen. sec.: sînt importante efectele colaterale nervoase și renale: a) tulburări renale de origine glomerulară și tubulară apar la 25% din bolnavi (albuminurie, microhematurie, cilindrurie, azotemie etc.) și pot determina uremie la bolnavii renali a căror terapie nu este supravegheată. Leziunile sînt reversibile dacă funcțiile renale erau normale înainte de tratament și oprim tratamentul la primele simptome; b) riscul ototoxicității este de temut mai ales la bolnavii cu leziuni renale. Primele simptome: vîjîituri în urechi, hipoacuzie pentru tonurile înalte, tulburări ale echilibrului; se poate ajunge pînă la surditate; c) foarte rar: neutropenie, eozinofilie, exanteme, parestezii, cefalee, amețeli; d) inj. *i.m.* sînt relativ dureroase și pot provoca mici noduli.

Ind.: i.m. tratamentul inițial al unor infecții severe ale nou-născuților (în asociere cu penicilina), pînă la identificarea germenilor; pielonefrite determinate de *b. coli, Aerobacter aerogenes*, stafilococi, eventual *Proteus (Pseudomonas)*, dacă germenii nu sînt sensibili la substanțe antibacteriene mai puțin toxice (sulfizoxazol, tetraciclină, cloramfenicol). Infecții stafilococice severe cu germeni rezistenți, la penicilină G, eritromicină, cloramfenicol, tetracicline; penicilinele semisintetice neatacate de penicilinază au redus (sau anulat) această indicație a kanamicinei. Este contraindicată asocierea kanamicinei cu neomicina și streptomicina. *C. ind.:.* Insuficiență renală.

D.u.: i.m., nou-născuți, prematuri și la termen: 7,5—15 mg/kg/24 ore, în 2 inj. Sugari și copii mici: 15—30 mg/kg/24 ore sau 0,5 g/M²/24 ore în 2 inj.; copii mari: 15 mg/kg/24 ore. Ritmul la 6 ore favorizează cumularea și mărește deci pericolul toxicității. Durata tratamentului: 7 zile (după unii 10—12 zile).

Pentru perfuzia *i.v.:* 1 g kanamicină + 500 ml ser fiziologic sau sol. glucozată 5%; se administrează cîte 60—80 pic./min. Cantitatea/24 ore: 8—15 mg/kg. Este o cale de excepție, durata scurtă.

Precauții. Tuturor bolnavilor tratați *i.m.* — chiar cu funcții renale normale anterior tratamentului — li se vor urmări atent funcțiile renale (zilnic diureza, de două ori/săptămînă examen de urină și ureea în sînge), ca și funcțiile nervului acusticovestibular (audiogramă). Bolnavii vor fi bine hidratați. Oliguria și mai ales anuria determină niveluri înalte sanguine, care accentuează ototoxicitatea. Kanamicina poate fi administrată *p.o.* pentru tratamentul local al unor infecții intestinale. Deși absorbția intestinală este foarte redusă, în dispepsiile sugarilor mici există o permeabilitate crescută intestinală, încît și administrarea orală poate provoca unele tulburări; distrugerea florei sensibile poate favoriza multiplicarea altor germeni (vezi și Cloramfenicol).

Ind. p.o. diareea infecțioasă gravă determinată de germeni sensibili la kanamicină și rezistenți la alte antibiotice mai puțin toxice. Nu se va asocia cu neomicină, nici cu streptomicină.

Scanned with OKEN Scanner

D.u. p. o. Nou-născuți, prematuri și la termen: 50 mg/kg/24 ore, în 4 prize, la 6 ore. Sugari și copii: 50 mg/kg/24 ore sau 1,5 g/M²/24 ore, în 4 prize, la 6 ore. Se va asocia cu Stamicin.

Tratamentul va dura 6—7 zile și nu va depăși 10 zile.

Precauții. Vezi Cloramfenicol și Polymixin *p.o.*

Kaolinum. *Bolus alba*, subst. *(p.o.)*. Pr. med.

Adsorbant, absoarbe cu predilecție bazele, scade aciditatea gastrică.

Ind.: hiperclorhidrie, enterocolite acute, dizenterie.

D.u.: 2(I)—5(II)—10(III)g/zi (în 3—4 prize).

Karion. *1-Piperidinomethylcyclohexanon-2-hidroclorid*, 15 mg p. 1 fiolă de 1 ml cu *sol. 1,5% pentru sugari* (și fiole 50 mg a 2 ml p. adulți). Cutie cu 5 și 50 fiole *(i.v., i.m.,)*. Pr. med.

Analeptic respirator.

Ind.: asfixia nou-născuților, sugarilor și copiilor mici. Tulburări respiratorii în cursul anesteziilor generale, al intoxicațiilor (cu morfină, barbiturice și alte hipnotice) și al pneumonopatiilor.

D.u.: în cazurile grave se pot obține efecte imediate numai pe cale *i.v.*, frecvența și volumul respirației cresc. Produsul nu are efecte colaterale asupra circulației. Acțiunea este mai blîndă și mai prelungită decît aceea a lobelinei, fără efectele secundare ale acesteia.

I.v. (nou-născuți): 5—15 mg (0,3—1 ml, *fiola de 15 mg* sol. 1,5%). Doza poate fi repetată după 15—30 minute, pînă ce se ameliorează respirația în mod durabil. Dacă este necesară o stimulare prelungită a respirației, produsul poate fi administrat în perfuzie.

Konakion, Vitamina K_1 *(Phytomenadion* — D.C.I.) fiole a 10 mg/1 ml sol. apoasă, inj. *i.m.* Pr. med.

Vitamina K_1 este o componentă a sistemului enzimatic, care participă la formarea intrahepatică a factorilor de coagulare II, VII și X. Anticoagulantele de tipul Dicumarolului înlătură (reversibil) vitamina K_1 (nu vitamina K_3) din acest sistem enzimatic și inhibă astfel sinteza acestor factori; acțiunea fiind competitivă, vitamina K_1 este indicată ca antagonist al substanțelor anticoagulante de acest tip. Vitamina K_1 nu poate, în schimb, să neutralizeze acțiunea heparinei.

Fen. sec.: dozele excesive pot produce roșeața tegumentelor, transpirații, hipotensiune, convulsii și accidentele citate la vitamina K_3.

Ind.: hemoragii sau pericol de hemoragie prin hipoprotrombinemie (deci lipsa factorilor II, VII sau X): de origine fiziologică la nou-născuți (prematuri mai ales) sau datorită supradozării anticoagulantelor de tipul Dicumarolului sau în urma efectului conjugat al asocierii acestora cu fenilbutazona. Hipovitaminoza K, secundară icterului prin retenție, afecțiunilor hepatice și intestinale sau administrării prelungite de antibiotice, sulfamide sau derivați salicilici.

D.u.: hemoragii sau pericol de hemoragii la nou-născuți la termen, la prematuri mai ales. Tratament *i.m.* 1 mg/kg/zi, se poate repeta 1—3 zile (a doua — a treia zi eventual pe gură).

Scanned with OKEN Scanner

Profilaxie: 1 mg *i.m.*, copilului, în sala de naşteri. Se poate repeta o dată după 24—48 ore (sau 1 fiolă *i.m.* mamei cu 48—24 ore-cel mai tîrziu înaintea naşterii) (efectul asupra copilului este discutabil în acest caz).

Celelalte deficienţe de protrombină: sugari 2,5—5 mg; copii mai mari 5—10 mg/zi.

Lactat de calciu dietetic. *Calcium lacticum* 0,20 g, *Amylum* 2,50 g p. 1 compr. Cutie cu 60 compr. Pentru prepararea laptelui calcic.

Fen. sec.: laptele calcic favorizează constipaţia şi scaunele de putrefacţie. Întrebuinţarea prelungită predispune la rahitism.

Ind.: dispepsii uşoare şi (pe timp limitat) alimentaţie artificială sau mixtă. *C. ind.:* dispepsii grave; administrarea laptelui calcic mai mult de o lună.

Mod de preparare: lapte calcic 1/2 p. sugari sub 2 luni (p. 200 ml): 2 compr. şi 2 linguriţe zahăr, amestecate cu 100 ml lapte şi 130 ml apă (sau 12,5 g lapte praf integral şi 230 ml apă) se fierbe 5 minute în clocote mici, amestecînd mereu. Lapte calcic 2/3 pentru sugari peste 2 luni (p. 300 ml): 4 compr. şi 3 linguriţe zahăr amestecate cu 200 ml lapte şi 130 ml apă (sau 25 g lapte praf integral şi 330 ml apă) se fierb 5 minute în clocote mici, amestecînd mereu.

Lanatosid C, sin.: Cedilanid, Isolanid. *Lanatosidum C* 0,25 mg p. 1 drajeu. Flacon cu 40 drajeuri. Flacon cu 10 ml sol. 0,10% *(p.o.)*. 0,4 mg Lanatosidum C/1 fiolă 2 ml *(i.v.)*. Pr. med. Vezi Cedilanid.

Menţionăm posologia pentru calea orală (copii peste 1 lună): saturaţie rapidă: 0,06 mg/kg, repartizate în 3 prize; saturaţie lentă: 0,02—0,04 mg/kg/24 ore, repartizate în 3 prize. Cură de întreţinere (doză zilnică) 0,01—0,025 mg/kg, repartizate în 3 prize.

Lasix *(Furosemid* — D.C.I.*)*. Acid -4-clor-N-(2-furilmetil)-5-sulfamoil antranilic 40 mg p. 1 compr *(p.o.)*. Tub cu 12 compr. 20 mg p. 1 fiolă a 2 ml *(i.v.)*, eventual *i.m.* Cutie cu 5 fiole. Pr. med.

Salidiuretic foarte eficace şi bine tolerat.

Proprietăţile sînt similare cu acelea ale hidroclorotiazidei, cu menţiunea că:

— este activ şi pe cale parenterală;

— la omul bolnav, efectul începe la 1 oră după administrarea *p.o.* şi durează 6—8 ore *(i.v.:* începe după cîteva minute şi durează 1—3 ore);

— inhibează resorbţia sodiului şi în porţiunea ascendentă a ansei Henle;

— raportul eliminării Na/K este mai favorabil decît la celelalte salidiuretice (eliminarea sodiului, deci şi a apei creşte foarte mult, în timp ce kaliureza este puţin influenţată);

— nu influenţează metabolismul glucidic;

— este activ chiar şi în cazul unei filtrări glomerulare foarte reduse;

— este eficace şi la unii bolnavi refractari la hidroclorotiazidă sau alte diuretice.

Fen. sec.: acţiunea diuretică provoacă prin ea însăşi unele modificări care sînt efecte secundare ale tratamentului diuretic şi nu efecte specifice ale medicamentului respectiv.

a) Efecte secundare: Eliminarea potasiului creşte relativ puţin; trebuie avută în vedere o hipokaliemie preexistentă — de aşteptat mai ales la

Scanned with OKEN Scanner

cirotici. La cirotici și în caz de funcție renală mult redusă poate apărea hiperazotemia, mai ales dacă este hemoconcentrație.

b) Administrarea îndelungată face să crească uricemia.

c) Efecte specifice: tulburările gastrointestinale (greață, vărsături) sînt foarte rare, iar reacțiile alergice (exanteme, trombocitopenie) sînt excepțional de rare.

Ind. și *c. ind.:* vezi Nefrix. O indicație suplimentară: intoxicația cu barbiturice (perfuzii alcaline asociate cu Lasix).

D.u.: posologia și durata tratamentului în funcție de caz. *P.o.*, doza zilnică este de (0,5)—1—3 mg/kg. Se administrează dimineața 0,5—maximum 1 mg/kg (de exemplu, 1/4 — maximum 1/2 compr. la un copil de 20 kg); dacă efectul nu este vizibil, după 6 ore se repetă doza. Dozele mari trebuie repartizate în 2—3 prize în cursul aceleiași zile. După topirea edemelor și la unii bolnavi, tratamentul va fi continuat intermitent.

I.v. (eventual *i.m.*): cînd urmărim o deshidratare rapidă sau cînd resorbția intestinală este tulburată, ca la unii bolnavi în comă. Injecția *i.v.* poate fi repetată după 1 oră (la edemul cerebral 3 inj./zi). Pot fi utile perfuzii în soluții alcaline, neutre sau slab acide (nu se va amesteca cu soluții acide vitaminele C și K, tetraciclina, adrenalina, noradrenalina și unele soluții glucozate au o reacție pronunțată acidă).

Posologia va fi mai redusă decît *p.o.* (2/3—1/2 din doza *p.o.*).

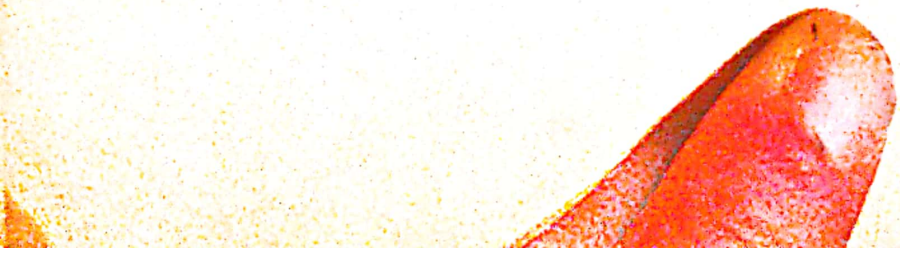
Precauții: Ca indicație generală, se va urmări echilibrul Na, Cl, K. Deși administrarea furosemidei determină rar hipokaliemie, regimul bogat în potasiu (cartofi, spanac, pătlăgele) și/sau adaosul de ClK *p.o.* (0,50—2 g/zi) sînt indicate cînd tratamentul este mai lung. Aportul de potasiu este imperativ în deplețiunea de potasiu (după diaree etc.) sau cînd se administrează concomitent digitalice, corticoizi. Carența de potasiu (ciroză, nefroză) obiectivată prin hipokaliemie, impune de altfel o corectare a acesteia înainte de a prescrie furosemida. Cînd în cursul tratamentului asociat de digitalice și diuretice apar semne de intoxicație digitalică este probabil că se datoresc lipsei potasiului.

Regimul strict desodat nu este necesar și reamintim că organismul adultului are nevoie de 5 g ClNa zilnic (la copii corespunzător mai puțin). Puternica natriureză, poate determina căderea concentrației de Na din organism, mai ales dacă topirea edemelor este rapidă, încît organismul este obligat să elimine și K. Această situație (confirmată de dozajul seric al Na și K) impune administrarea de sodiu și cloruri; în acest fel crește kaliemia și diureza.

La cardiaci și renali se poate produce o hiperazotemie din cauza unei eventuale hemoconcentrații; aportul suficient de lichide combate această situație.

Trebuie avută în vedere și posibilitatea interferării acțiunii drogului cu alte medicamente (de exemplu aminele presoare scad și tubocurarina amplifică efectul furosemidei).

Leuco 4. Adenină *(Aminohypoxanthin*, Vitamină B_4*)* 30 mg p. 1 compr. Tub cu 12 și 30 compr. *(p.o.)*. 30 mg. p. 1 fiolă a 5 ml. Cutie cu 6 fiole *(i.v.i.m.)*. Pr. med.



Factor antiagranulocitar și de echilibru leucocitar.

Ind.: agranulocitoze și granulocitopenii de diferite etiologii. *C. ind.:* insuficiență renală.

D.u.: după indicația medicului: III: 1—3 compr./24 ore (preventiv); 1—3 fiole/24 ore, *i.m.* sau *i.v.* asociat cu 2—4 compr./24 ore (curativ). Pentru forma injectabilă: se aspiră în seringă 3 ml din soluția Leuco 4 forte (fiola A) și după aceea 2 ml din soluția-tampon (fiola B): amestecul se agită și se injectează imediat.

Leucovorin (D.C.I.). *Citrovorum factor.* Acid formiltetrahidropterailglutamic, 3 mg. p. 1 fiolă a 1 ml. Cutie cu 6 fiole. Pr. med.

Antagonist al antagoniștilor acidului folic.

Ind.: antidot al accidentelor Methotrexatului.

D.u.: după indicația medicului (1—2 fiole, la 4—6 ore, pentru atenuarea fenomenelor toxice sistemice).

Levomepromazin. (D.C.I.), *Metoxy-3 (dimethylamino-3-methylpropyl)-10-phenothiazinum* 2 mg pentru 1 compr. Flacon a 20 compr. (sin: Minozinan). Forma de 25 mg (sin: Nozinan) nu este utilizată în medicina infantilă, în afara indicațiilor speciale din psihiatrie.

Comprimatele cu 2 mg levomepromazină sînt condiționate pentru pediatrie și medicina internă: acest derivat al fenotiazinei este un neuroleptic central major cu efecte puternice de inhibiție psihomotorie. Este aproximativ de 3 ori mai activ în acest domeniu decît clorpromazina. Posologia joasă pe care o permite această formă pune în valoare mai ales proprietățile farmacodinamice care interesează sistemul neurovegetativ.

Fen. sec.: la dozele uzuale, medicamentul este de obicei bine tolerat. La începutul tratamentului se poate observa o oarecare somnolență, care tinde să dispară. După primele prize pot apărea amețeli și cefalee, care dispar prin repaus culcat.

Ind.: distonii neurovegetative pe care le influențează prin efectul său neurostatic. Afecțiuni alergice și îndeosebi alergiile cutanate (urticarie, prurit).

D.u.: numai medicul specialist poate fixa, la fiecare caz în parte, posologia și durata tratamentului, care variază după bolnav și indicațiile clinice. Ca indicație generală: 1/4 mg/kg/24 ore, repartizat în (2)—3 prize. Se va începe cu o doză mai mică și se poate crește treptat, în funcție de efect și toleranță.

Lincocin. Clorhidrat de lincomicină 250 mg pentru 1 capsulă. Flacon cu 36 capsule 300 mg/1 ml. Fiole de 2 sau 10 ml pentru injecții *i. m., i.v.* Pr. med.

Antibiotic cu acțiune bacteriostatică (față de bacteriile moderat sensibile) și bactericidă (față de germenii foarte sensibili). Activ asupra bacteriilor grampozitive (întrucîtva similar cu penicilina G și tetraciclina), nu prezintă rezistență încrucișată cu celelalte antibiotice și are toxicitate redusă.

Nu este inactivat de sucurile digestive, absorbția digestivă este bună, difuziunea în țesuturi, bilă și urină este bună (mai puțin în L.C.R.)

Scanned with OKEN Scanner

Fen. sec.: mai ales după administrarea orală se semnalează *diaree*, colici abdominale, greață vărsături; foarte rar erupții urticariene. Este posibilă instalarea candidozei anogenitale. Deși nu ar altera funcțiile hepatice, este necesară testarea funcțiilor hepatice dacă administrarea este îndelungată.

Ind.: infecții sistemice severe cu stafilococi rezistenți la alte antibiotice. *C. ind.:* nu sînt încă date suficiente în ceea ce privește toleranța la nou-născuți. Femei gravide și care alăptează (atinge concentrații active în sîngele cordonului ombilical și în lapte).

D.u.: la copii peste vîrsta de 1 lună: *p.o.*, 30—60 mg/kg/24 ore, în 3—4 prize; *i.m.*, 10—20 mg/kg/24 ore, în două injecții; *i.v.* (se diluează o fiolă în 250 ml. sol. glucozată 5%), 10—20 mg/kg/24 ore în perfuzie.

Lizadon. *Papaverinum hydrochloricum* 0,06 g, *Atropinum sulfuricum* 0,4 mg, *Phenobarbitalum* 0,03 g, *Aminophenazonum* 0,15 g p. 1 compr. Tub cu 10 compr. *(p.o.). Papaverinum hydrochloricum* 0,03 g. *Atropinum sulfuricum* 0,3 mg, *Phenobarbitalum* 0,02 g, p. 1 supozitor. Cutie cu 3 supozitoare *(r.)*.

Antispastic; rolul principal îl au primele două substanțe, potențate de Fenobarbital și amidopirină.

Fen. sec.: ale atropinei.

Ind.: colică intestinală, hepatică, renală. Colecistite, diskinezii biliare, hiperclorhidrie. *C. ind.:* glaucom, fibrilație atrială, insuficiență hepatică și renală. Copii sub 7 ani.

D.u.: III: 1/2—1 compr. × 1—2/24 ore la 6—8 ore interval, după mese, 1/2 supozitor × 1—2 /24 ore.

Locacorten. Pivalat de flumetazonă 0,02%. Tub cu 30 g unguent *(ext.)*. Pr. med.

Glucocorticoid pentru uz local, similar cu unguentul hidrocortizon acetat.

Macrodex. Flacon 500 ml p. perfuzii *i.v.* Pr. med.

Acest dextran cu greutate moleculară mare (70 000), în proporție de 6% și în soluție 0,9% NaCl, are o presiune osmotică egală cu a plasmei sanguine.

Fen. sec.: rareori fenomene alergice.

Ind.: tratamentul șocului datorit traumatismelor, hemoragiilor, arsurilor, intoxicațiilor și operațiilor; profilaxia șocului. Transfuzia cu sînge este indicată cînd pierderi mari de sînge au determinat o anemie evidentă, deoarece Macrodex nu este un „substituent al sîngelui". *C. ind.:* trombocitopenie marcată, insuficiență cardiacă severă, insuficiență renală cu anurie.

D.u. cantitatea și cadența perfuziei în funcție de situație; pentru perfuzia lentă se recomandă în general 10 ml/kg.

Precauții: Macrodex trebuie folosit cu prudență cînd amenință insuficiența cardiacă sau în prezența unei boli renale cu filtrare glomerulară redusă. Macrodex 6% în dextroză 5% nu poate fi amestecat cu sînge.

Madiol. *Methylandrostendiolum (Methandriolum* — D.C.I.) 0,025 g p. 1 compr. *(subl.)*. Flacon cu 20 compr. 0,025 g p. 1 fiolă a 1 ml. suspensie apoasă inj. *(i.m.)*. Cutie cu 10 fiole. Pr. med. Term. val.

Scanned with OKEN Scanner

Steroid cu componentă androgenă mai slabă decît aceea a testosteronului, dar acțiune anabolizantă mai puternică asupra metabolismului proteic și calcic.

Fen. sec.: fenomene de masculinizare și — după o primă fază de stimulare a creșterii — *oprirea creșterii prin sudarea precoce a cartilajelor.*

Ind.: anumite deficite ponderale și/sau staturale „esențiale", la care nu s-a putut descoperi nici o altă cauză și care nu răspund la terapeutica uzuală a acestor cazuri. În stări cu catabolism proteic crescut sau pierderi de proteine (sindrom nefrotic, hepatite cronice). La curele mai lungi de hormoni glucosteroizi, pentru a corecta acțiunea catabolică proteică și fosfocalcică a acestora. *C. ind.:* agitație, iritabilitate, retenție cloruro-sodică, edeme, sindroame suprarenale.

D.u: numai după indicațiile precise ale medicului, deoarece: 1) chiar dozele uzuale pot produce fenomene de masculinizare (care nu retrocedează totdeauna complet); 2) dozele prea mari, curele prea lungi și/sau prea dese pot determina și oprirea creșterii, datorită sudurii precoce a cartilajelor.

Sublingual: în general 0,001 g/kg(Ph.I.), la 1—3 zile, pînă la max. 0,025 g/zi. La copii 3—15 ani se administrează inițial de 3 ori/ săptămînă cîte 1/4—1/2 compr./zi, apoi doza se poate mări la copii mai mari, și, după caz, pînă la 1 compr./zi. Cura nu va depăși o lună și poate fi repetată la prescripția medicului, după cel puțin 2 luni pauză. *I.m.:* 3—15 ani. 0,25—0,5 ml, după vîrstă, de 2—3 ori/săptămînă, cură de 3—4 săptămîni, care poate fi repetată — la prescripția medicului — după cel puțin 2 luni pauză.

Magnezium carbonicum basicum subst. *(p.o.)*. Pr. med.
Neutralizant al acidității gastrice, laxativ.
Ind.: hiperaciditate (III: 1—2 g, la mese), laxativ (limonadă Rogé).

Magnesium oxydatum, magnezie *usta*, subst. *(p.o.)*. O linguriță rasă = = 0,75 g. Pr. med.
Neutralizează încet aciditatea gastrică, laxativ slab.
D.u.: în general 0,25 g/an de vîrstă; sau I: 1 vîrf de cuțit; II: 1 linguriță; III: 2 lingurițe × 2—3/zi, bine amestecat în apă.

Magnesium peroxydatum subst. *(p.o.)*. Pr. med.
Antifermentativ și stimulator al peristaltismului prin eliberarea de O_2. Laxativ slab în caz de fermentații intestinale. Slab neutralizant al hiperacidității gastrice.
Ind.: hiperaciditate, fermentații acide intestinale, diaree de fermentație.
D.u.: III: 0,25—1 g la mese.

Magnesium salicylicum subst. *(p.o.)*. Pr. med. Antiseptic intestinal.
Ind.: diaree, dizenterie.
D.u.: III: 0,15—0,25 g la mese.

Magnesium sulfuricum subst. *(p.o., r.)*. Purgativ puternic.
D.u.: (p.o.) în general 1—2 g/an de vîrstă sau II: 1—2 lingurițe cu puțin vîrf; III: 2—3 lingurițe cu puțin vîrf, pe nemîncate, într-un pahar cu apă zaharată sau sifon. Scaunele apoase apar după 1—3 ore. Poate fi

Scanned with OKEN Scanner

administrat și sub formă de clismă. *Natrium sulfuricum* este preferabil. *C. ind.:* procese inflamatorii acute intraabdominale.

Magnezie sulfurică. *Magnesium sulfuricum* 2,5 g p. 1 fiolă de 10 ml sol. apoasă 25% inj. *(i.m., i.v.).* Prin ionul magneziu are acțiune spasmolitică, anticonvulsivantă, antianafilactică, antiemetizantă, sedativă, și antișoc.

Fen. sec.: valuri de căldură, greață, amețeală, slăbiciune generală, *deprimarea respirației* (calciu gluconic *i.v.* și O_2).

Ind.: coree, tetanos, spasmofilie, pseudouremie eclamptică. *C. ind.:* insuficiență renală, boala Addison.

D.u.: 0,2—0,8 ml sol. 25%/kg/24 ore, *i.m.*, în 3 inj. În caz de oligurie marcată, nu se administrează sau se scad dozele la jumătate.

Magnosulfit. *Natrium hyposulfurosum* 5 g, *Natrium citricum* 1,24 g, *Magnesium oxydatum* 0,40 g, *Strontium bromatum* 0,25 g, *Excipiens q.s. ad* 100 g. Flacon cu 100 g granule.

Desensibilizant, antialergic, diuretic și laxativ slab.

Ind.: stări alergice, ca prurigo, unele eczeme. *C. ind.:* nefrite, intoleranță la brom. Copii I-II.

D.u.: III: 1/4—1/2 linguriță × 1—2/zi.

Majeptil *(Thioproperazin* — D.C.I.). *Dimethylsulfamido-3 (methyl-4'' piperazinil)—3' propyl-10-phenotiazin* p. 1 compr. a 1 mg. Flacon cu 50 compr. Compr. a 10 mg. Flacon cu 20 compr. Soluție 4% bază (1 picătură = 1 mg principiu activ). Flacon cu 10 ml. 10 mg p. 1 fiolă a 1 ml p. inj. *i.m.* Cutie cu 10 fiole. Pr. med.

Derivat al fenotiazinei, puternic neuroleptic, cu diverse aplicații în tratamentul anumitor stări neurotonice.

Fen. sec.: la unii, stare de excitație psihomotorie sau manifestări musculare interesînd electiv mușchii feței, gîtului și ai membrelor superioare. Aceste tulburări dispar de obicei după reducerea posologiei sau oprirea tratamentului.

Ind.: nu sînt bine precizate în pediatrie. Coree (medicament al mișcării coreice!). Psihiatrie.

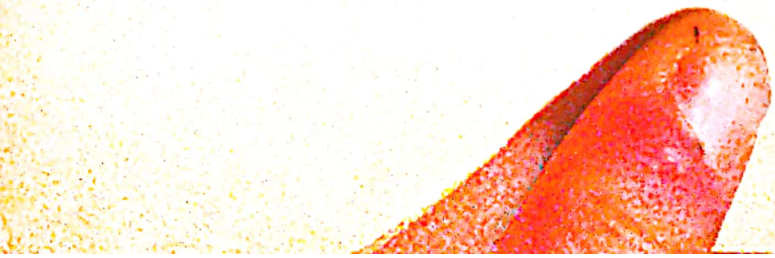
D.u.: foarte variabile, după cazul clinic și susceptibilitatea individuală a bolnavului. Posologia va fi fixată de specialist, iar tratamentul efectuat numai în spital sub supraveghere atentă.

Manitholum subst. *(i.v.).*

Ind.: Testarea funcției renale. Tratamentul oligo-anuriilor după intervenții chirurgicale mari, șoc (traumatisme, septicopioemie, arsuri).

Posologie (Gh. Constantinescu, *Chirurgia*, 1964, nr. 5): administrarea va fi precedată de testul la manitol (se va injecta *i.v.* 50 ml sol. 25% în 3 minute; dacă diureza nu crește în următoarele 3 ore, bolnavul nu va beneficia de tratament); dacă diureza ajunge la 40 ml/oră sau mai mult se va institui perfuzia cu manitol sol. 10% (150 ml la sugari, 250 ml la copiii peste 4 ani, doză care poate fi repetată a doua zi).

Marbadal *(Sulfatolamidum* — D.C.I.). Aminobenzensulfotiocarbamat de aminometilbenzensulfonamidă. Cutie cu 5 flacoane a 10 g pulbere sterilă (*ext.*). Pr. med.



Scanned with OKEN Scanner

Sulfamidă cu acțiune bacteriostatică asupra germenilor aerobi și anaerobi.

D.u.: local: 5—10 g/zi; durata tratamentului în raport cu evoluția clinică.

Majsolin (*Primidonum* — D.C.I.). Feniletildioxohexahidropirimidină 0,25 g. p. 1 compr. Flacon cu 100 compr. Pr. med.

Acest drog, înrudit cu fenobarbitalul, este eficace în crizele de mare rău, mai ales la bolnavii care nu răspund la alte antiepileptice; dozele mai mari produc ușor tulburări, care pot fi severe.

Fen. sec.: la începutul tratamentului se poate observa somnolență, ataxie, tulburări psihice, greață și rareori vărsături; uneori poate apărea o erupție morbiliformă. De obicei tulburările diminuă după cîteva zile; rareori apar semne de neurotoxicitate, prin idiosincrazie, care impun oprirea tratamentului sau leucopenie, edeme ale membrelor inferioare, poliurie, anemie megaloblastică.

Apariția somnolenței și ataxiei în cursul tratamentului, indică un supradozaj.

Ind.: crizele de *grand mal* și epilepsie psihomotorie; eventual și crizele focale sau jacksoniene. Unele rezultate favorabile sînt descrise și în micul rău. *C. ind.:* insuficiență hepatică și renală, hepatită cronică evolutivă.

D.u.: tratamentul va fi introdus numai treptat crescînd posologia săptămînal: se începe cu 0,25 g/M²/zi, iar doza maximă este 0,75—(1 g)/M²/zi. Doza eficace și bine tolerată însumează de obicei 0,25—0,50 g/zi la copii sub 2 ani, 0,50—0,75 g/zi la copii de 2—6 ani și 0,50—1 g (1,25 g) la copii școlari; doza zilei va fi repartizată în două prize, dimineața și seara.

Dozele eficace sînt mai mici dacă primidona este asociată cu fenobarbital (și anticonvulsivante minore); nu recomandăm asocierea cu Fenitoin.

Mecodin (Metadonă — D.C.I.). Clorhidrat de dimetilaminodifenilheptanon 5 și 10 mg p. 1 fiolă de 1 ml. Cutie cu 5 și 50 fiole. Pr. med.

Analgezic de sinteză cu proprietăți analoge morfinei, dar cu efecte sedative mai slabe.

Ind.: dureri după operații, colică hepatică și nefretică. *C. ind.:* abdomen acut. Copii I-II.

D.u.: III: 0,5—1 ml din fiola de 5 mg o dată/24 ore.

Mecopar forte. Tartrat de colină 0,10 g, Metionină 0,10 g, Clorhidrat de tiamină 0,0026 g, Vitamină B_2 0,002 g, Vitamină PP 0,006 g, Vitamină B_6 0,002 g, Pantotenat de calciu 0,0035 g, Biotină 0,0001 g, Vitamină B_{12} 0,000 000 67 g, Vitamină E 0,003 g p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. Complex de factori lipotropi și de vitamine.

Ind.: hepatite acute și cronice, ciroze, obezitate, încărcare grasă hepatică, arsuri întinse, dermatoze, insuficiență cardiacă decompensată. *C. ind.:* insuficiențe hepatice grave (precomă și comă).

D.u.: 1—3 compr./24 ore, în raport cu vîrsta; doza se va repartiza în 2—3 prize, în timpul meselor principale.

Meladinine. Principii active extrase din *Ammi majus*, compr. a 0,01 g. Flacon cu 30 compr. Soluție 4%. Flacon cu 24 ml. sol. slabă sau forte.

Scanned with OKEN Scanner

Pr. med.

Ind.: vitiligo, peladă, *C. ind.:* copii I, II.

D.u: III:1 compr. × 3/zi, la mese. Soluție: local.

Mentholum subst. *(ext.)*. Pr. med.

Analgoanestezic local, antiseptic local slab (în sol. alcoolică).

Fen. sec.: formulele care conțin mentol pot provoca la sugari și copii sub 2 ani un sindrom asemănător falsului crup: respirație stertoroasă, dispnee in- și expiratorie, accese de sufocație și de tuse uscată fără expectorație; fața devine roșie-albăstruie sau albă-albastră, acoperită de sudori profuze; totodată se observă o slăbire și accelerare a pulsului; stare de agitație (O.M.S.). De aceea sînt interzise *la copii sub 2 ani* soluțiile și suspensiile care se picură în nas, soluțiile și tabletele p. inhalații care conțin mentol.

Ind.: coriză, faringite, laringite. *C. ind.:* copii sub 3 ani.

Mentorin. *Mentholum* 0,63 g, *Camphora* 0,47 g, *Eucalyptolum* 0,63 g, *Trichlorbutanolum* 1 g, *Oleum paraffini q s. ad* 100 g. Flacon cu 20 ml sol. *(ext.)*. Analgezic și antiseptic extern.

Fen. sec.: ale mentolului; ale parafinei (la sugari: pneumonie lipoidică!).

Ind.: corize, faringite, laringite. *C. ind.:* Copii I, II.

D.u.: III: 2—5 pic. × 3—4/zi, în fiecare nară.

Mepacrin (D.C.I.), sin: *Atebrin, Quinacrin*. 2-Metoxi-6-diclorhidrat de 3-cloro-9 (4'-dietilamino-1'-metilbutilamino)-7-metoxacridină, 0,10 g p. 1 compr. Cutie cu 100 compr. *(p.o.)*.

Chimioterapic, care păstrează oarecare actualitate în giardioză, dar depășit în ceea ce privește malaria, teniaza, himenolepidoza.

Fen. sec.: se acumulează lesne și se elimină încet. Tulburări digestive (greață, dureri abdominale, vărsături, diaree); nervoase (cefalee, insomnie, amețeli, convulsii) și psihice (excitație motorie, logoree, pierderea simțului de orientare — beția mepacrinică; anemie aplastică; pigmentare durabilă a pielii.

Ind.: giardioză (Metronidazol mai indicat); malarie (Neochin mai indicat); teniază și himenolepidoză (Yomesan mai indicat). *C. ind.:* boală ulceroasă, insuficiență hepatică și renală, boli psihice în antecedente.

D.u.: în timpul curei, bolnavul va fi ferit de lumina soarelui și va sta într-o cameră puțin luminată.

Giardioză. Schema clasică pentru o cură de 5 zile: Mepacrină zilnic timp de 5 zile, cîte 0,002 g/lună de viață/zi pentru copii sub 1 an, fără a depăși 0,02 g/zi și 0,08 g/an de vîrstă împlinită/zi pînă la 15 ani (max. 0,30 g/zi); doza zilei în 3 prize, cu multe lichide la sfîrșitul meselor. Altă schemă tot pentru o cură de 5 zile: 8 mg/kg/24 ore sau 250 mg/M²/24 ore, max. 300 mg/24 ore, în 3 prize, cu multe lichide, la sfîrșitul meselor.

Cestode. Vezi monografia Prof. V. Nitzulescu pentru diferitele scheme propuse. Pentru *T. solium* și *T. saginata* se poate utiliza metoda următoare: în ziua care precede tratamentul, dietă lichidă și clismă cu apă și săpun (seara); în dimineața tratamentului, bolnavul rămîne în pat și ia medicamentul pe nemîncate: doza totală va fi de 15 mg/kg sau 0,5 g/M², maximum 800 mg, doză repartizată în 2 prize, la 1 oră interval. La 2 ore

Scanned with OKEN Scanner

după ultima doză se administrează un purgativ salin, urmat de un pahar cu apă. Dacă viermele nu a fost eliminat după purgativ sau scolexul nu a fost observat, se face o clismă cu apă și săpun. Greața și vărsăturile pot fi frecvente (vărsăturile sînt potențial periculoase, în caz de *T. solium* pentru că ingestia unei părți a viermelui poate produce cisticercoză; de asemenea, ele reduc eficacitatea medicamentului).

Greața și vărsăturile pot fi prevenite sau reduse prin administrarea unui antiemetic (clorpromazină), 1 oră înainte de începerea medicamentului.

Copiii care varsă drogul pot fi tratați cu succes pe cale duodenală; prin sonda duodenală se administrează mepacrina (întreaga doză) pisată și suspendată în 30 ml apă. La cîteva minute după aceea se administrează tot pe sondă și purgativul, dizolvat în 60—80 ml apă călduță; sonda se scoate după alte 10 minute.

Meprobamat (D.C.I.). D_1-2-2-(carbamoiloximetil)-pentan 0,40 g, p.1 compr. Flacon cu 50 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Psihosedativ puțin toxic; blochează transmiterea sinaptică, mai ales în talamus. Scade tensiunea psihică, reduce pragul emoțional și anxietatea; datorită acestor efecte ameliorează somnul (potențează și somnul barbituric). Relaxează contractura musculară. Oarecare acțiune anticonvulsivantă.

Fen. sec.: favorizate de folosirea îndelungată: apatie, tulburări digestive (greață, vărsături, diaree); reacții alergice. Se citează și spasme bronșice, artralgii, stări subfebrile. Rar, toxicomanie.

Ind.: hiperemotivitate, irascibilitate, ticuri, inadaptabilitate; diateză neuropată (temporar). Nevroze cardiace. Adjuvant în anumite epilepsii, boală ulceroasă și în terapeutica psihopedagogică din anorexie (II, III). *C. ind.:* psihoze acute, hepatită cronică. Acțiunea alcoolului este potențată de Meprobamat.

D.u: posologia și eficacitatea sînt foarte variabile. Se pot observa efecte inverse: agitația crește, scade pragul convulsivant. I: 1/4 compr. II: 1/2 compr. III: 1/2—1 compr × 1/zi (seara) în insomnie sau × 2/zi ca sedativ sau × 3/zi ca relaxant al contracțiilor musculare (25 mg/kg/24 ore sau 0,7 g/M²/24 ore, în 2—3 prize).

Cure cu durată limitată: 2—3 săptămîni.

Merbrominum (D.C.I.). Mercurochrom. Di-Na-dibromhidroximercurifluoresceină, subst. *(ext.)*. Pr. med.

Ind.: antiseptic și bactericid puternic. Dezinfecția pielii, arsuri. În sol. apă 55 părți, alcool 35 părți, acetonă 10 părți se adaugă mercurocrom 1—4% de obicei 2% (soluția este roșie). Petele de pe piele pot fi îndepărtate cu sol. diluată de hipoclorit de sodiu.

Metenamin (D.C.I.). *Hexamethylentetraminum* 0,50 g p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*. Fiole cu 1,25 g p. 1 fiolă a 5 ml *(i.v.)*.

Eliberează formaldehida numai în urina acidă. Antiseptic al căilor urinare. Este puțin utilizat, fiind înlocuit de sulfamide și antibiotice.

Fen. sec.: Iritație renală și a căilor urinare; diaree; cefalee; exanteme.

Ind.: infecții ale căilor urinare. *C. ind.:* nefrite, cistită acută.

D.u.: (p.o.): 30 luni—15 ani: 0,25—0,50 g/24 ore, în 3 prize; sau 0,25—0,50 g × 3/24 ore, max. 1,50 g/24 ore.

Scanned with OKEN Scanner

Se va acidifia urina. *Nu se administrează concomitent cu sulfamide, alcaline, acid tanic.* Dacă este folosit în soluție, nu va fi amestecat cu antipirină, salol, salicilat de sodiu, acid acetilsalicilic.

Methicillin (D.C.I.) Dimetoxibenzamidopenicilinat de sodiu monohidrat 1 g pentru 1 flacon. Cutie cu 5 flacoane. Pr. med. Term. val.

Peniclină semisintetică derivată din acidul 6-aminopenicilanic. La început se credea că nu este atacată de penicilinaza stafilococilor, dar în prezent sînt cunoscute destule tulpini rezistente, mai ales stafilococii din instituțiile spitalicești și regiunile unde s-a utilizat meticilina pe scară largă. Fiind atacată de acizi nu este activă decît pe cale parenterală. Circulația în organism este similară cu aceea a penicilinei cristaline; difuziunea în L.C.R. este și mai nesatisfăcătoare.

Fen. sec.: vezi penicilina cristalizată.

Ind.: infecții sistemice severe cu stafilococi rezistenți la penicilina G (și ale căror tulpini sînt sensibile la meticilină).

C. ind.: alergie la orice altă penicilină. Infecții determinate de stafilococii sensibili la penicilina cristalizată.

D.u.: antibioticul se dizolvă cu apă distilată sterilă; soluția își păstrează valabilitatea *cel mult 8 ore. I.m.* la sugarii sub 5 kg: 500 mg/24 ore, doza fiind divizată în 4 inj. la 6 ore; la sugari peste 5 kg: 100—150 mg/kg /24 ore, doză divizată în 4 inj. la 6 ore (la adult 1 g la 4—6 ore). În infecțiile grave se poate utiliza doza de 150—200 mg/kg/24 ore, în 6—4 inj. la 4—6 ore. Injecțiile vor fi făcute profund *i.m. I.v:* conținutul flaconului de meticilină se va dizolva cu 20 ml apă distilată sterilă. Cantitatea necesară va fi injectată în ritmul de 5 ml/min. La începutul tratamentului este preferabil ca antibioticul să fie administrat prin perfuzie continuă; deoarece soluțiile glucozate curent utilizate sînt ușor acide, ele pot inactiva în parte meticilina. De aceea pH va fi stabilit între 6 și 8 și perfuzia va fi reînnoită la fiecare 6—8 ore. Meticilina poate fi injectată și încet (în decurs de 20—30 minute la fiecare 4—6 ore) prin tubul perfuzorului.

Methotrexat. Acid 4-amino-N-(metil-10-pteroil)-glutamic (sau A-metopterina) 5 mg. p. 1 compr. Cutie cu 100 compr. 5 sau 50 mg p. 1 fiolă. Pr. med.

Antimetabolit utilizat în tratamentul anumitor boli neoplazice; este antagonist al acidului folic.

Methotrexat administrat *p.o.* este absorbit repede și de obicei este excretat nemodificat în decurs de 12 ore. După administrare *i.v.* este excretat pînă în 6 ore. Methotrexat nu străbate bariera encefalomeningiană în concentrații terapeutice; inj. *i.r.* mențin însă concentrații înalte timp de mai multe zile.

Ind.: cele mai bune rezultate se obțin în leucemia acută limfoblastică; produsul poate fi încercat în limfosarcom și în anumite tumori inoperabile ale capului, gîtului și pelvisului. *C. ind.:* leziunile hepatice și renale impun abținerea sau o posologie redusă, iar la bolnavii respectivi se vor urmări funcțiile hepatice și renale.

Precauții: Methotrexat trebuie folosit cu prudență cînd coexistă o infecție. Se va evita asocierea cu alte droguri care au un efect inhibitor asupra sistemului hematopoietic.

Scanned with OKEN Scanner

Bolnavii în curs de tratament trebuie supravegheați în așa fel încît semnele de toxicitate (alterările mucoasei bucale, ulcerațiile și hemoragiile, ulcerele gastrointestinale și hemoragia digestivă, frisoanele și febra) să poată fi depistate precoce.

Deoarece medicamentul este eliminat în cea mai mare parte prin urină, starea aparatului renal trebuie să fie determinată înainte de tratament. Methotrexat se cuplează parțial cu proteinele sanguine și cercetări de laborator sugerează că este deplasat de medicamente ca sulfamidele și acidul salicilic. Fiind folosit în doze aproape toxice, este prudent ca sulfamidele (antibacteriene, diuretice) și salicilații să fie administrați concomitent numai cu prudență.

Fen. sec.: frisoane și febră; reacții cutanate (erupție eritematoasă generalizată, acnee, prurit, urticarie, depigmentare); uneori alopecie; stomatită; gingivită; faringită, enterită, ulcerații bucale și gastrointestinale, uneori cu hemoragie, greață, vărsături, diaree; tulburări menstruale; cistită; favorizează instalarea diabetului; depresiuni hematologice, uneori cu hemoragii și/sau septicemie; hepatotoxicitate (atrofie acută hepatică, necroză, degenerescență grasă); hipogammaglobulinemie. De obicei, ulcerațiile din gură sînt primul semn și pot dispărea întrerupînd tratamentul 2—3 zile. Diareea are o semnificație mai severă și medicamentul va fi oprit aproximativ o săptămînă.

După 5—10 zile de tratament în sînge apare o pancitopenie, urmată de o creștere a trombocitelor, reticulocitelor și hemoglobinei; în măduvă hipoplazie. Aceste pancitopenii și hipoplazii medulare au o semnificație favorabilă dacă nu sînt asociate cu semnele de toxicitate citate.

Fenomenele toxice sînt antagonizate de Leucovorin.

Posologie. Este administrat de obicei pe gură, fiind absorbit repede și aproape complet. Forma injectabilă poate fi utilizată la nevoie pe cale *i.m., i.v., i.r.*, intraarterial, intratumoral. Calea *i.v.* este calea de elecție pentru unele situații.

Tratamentul trebuie început la bolnavi spitalizați, în unități dotate cu laborator corespunzător.

Înainte de tratament se va efectua timpul de sîngerare, timpul de coagulare, grupul sanguin în vederea eventualelor transfuzii și intervenții chirurgicale.

În cursul tratamentului sînt necesare:

— o urmărire clinică strictă a bolnavului;

— hemogramă, zilnic în prima lună, apoi de 3 ori/săptămînă;

— biopsia măduvei oaselor la fiecare 1—4 săptămîni.

După oprirea tratamentului, hemograma va fi făcută o dată/săptămînă, cel puțin 4 săptămîni.

Leucemie. P.o.: posologia este variabilă, între 1,25—2,50 mg/zi la sugari și 2,50—5 mg/zi la copii (0,1 mg/kg/zi într-o priză).

Această doză se administrează de obicei zilnic, mai rar de 3-6 ori/săptămînă), în funcție de severitatea bolii și toleranța bolnavului. Răspunsul la tratament apare după o perioadă foarte diferită: mulți bolnavi răspund după 2—3 săptămîni, în timp ce alții nu arată nici un semn de ameliorare pînă în a 2-a lună de tratament. De aceea, dacă starea bolnavului permite, tratamentul poate fi continuat 6—8 săptămîni înainte de a se ajunge la o concluzie privind ineficacitatea lui la bolnavul respectiv.

Scanned with OKEN Scanner

S-a sugerat să se instituie tratament *i.v.* la copii care au devenit rezistenți la forma orală de Methotrexat sau la alte tratamente.

La primele semne de ulcerație sau hemoragie, diaree, inhibiție marcată a sistemului hematopoietic, se va reduce posologia sau se va întrerupe tratamentul.

Meningita leucemică. Se injectează *i.r.* 0,2—0,5 mg/kg; doze mai mari pot provoca convulsii. Tratamentul constă dintr-o serie de injecții la cîte 3—7 zile, pînă ce L.C.R. devine normal și va fi reglat în funcție de tipul și severitatea manifestărilor nervoase și de răspunsul la tratament.

De obicei, prima injecție este de 0,5 mg/kg, iar următoarele de 0,25 mg/kg. În timpul acestei terapeutici se oprește administrarea medicamentului *p.o.* Probabil că remisiunea este mai lungă dacă se injectează produsul *i.r.*, o dată/lună.

Prepararea soluțiilor. Singurul solvent este apa distilată sterilă. Soluția poate fi păstrată 2 săptămîni la temperatura camerei; dacă apar precipitate, flaconul va fi înlăturat. Pentru fiecare 5 mg substanță se adaugă 2 ml apă distilată sterilă (2 ml/flacon de 5 mg, 20 ml/flacon de 50 mg), ceea ce reprezintă 2,5 mg Methotrexat/ml.

Tratamente asociate. Tratamentul cu antibiotice pentru orice infecție și profilaxia cu antibiotice vor fi luate în discuție cînd leucocitoza ajunge sub 3 000/mm³. Asocierea cu radioterapia poate exercita un efect inhibitor asupra măduvei oaselor.

Transfuziile sînt necesare cînd inhibiția măduvei oaselor este severă.

Methylenum coeruleum *(Methylthioninii chloridum* — D.C.I.), albastru de metilen, subst. Influențează capacitatea de oxidare a sîngelui; antiseptic.

Ind. ext.: antiseptic puțin utilizat; *i.v.:* intoxicații cu substanțe methemoglobinizante: nitriți (apa de puț), sulfamide, fenacetină etc.

D.u.: i.v. (methemoglobinemie): din soluția 1% se va injecta 0,1—0,2 ml/kg/doză (adică 1—2 mg/kg/doză) sau 2,5—5 ml/M²/doză; injecția va dura cel puțin 5 minute. Injecția poate fi repetată după 1—2 ore, dacă este necesar.

Ext.: Rp. Methylenum coeruleum 0,25 g, *Glycerolum, Aq. destill.* āā 25 ml. Petele de pe rufe se îndepărtează cu acid clorhidric diluat.

Methylrosanilinum chloratum (D.C.I.), violet de gențiană, subst. Pr. med.

Antiseptic, fungicid *(ext.)*. Antihelmintic *(int.)*.

Fen. sec. Ext.: caustic, dacă concentrația este excesivă și/sau este administrat prea multe zile. *Int.:* tulburări gastrointestinale.

Ind.: Ext.: piodermite, stomatite, candidoză, angină fuzospirilară. *Int.:* oxiurază (depășit), strongiloidoză.

D.u. Ext.: 0,1—1% în tratamentul plăgilor, 0,25% p. atingeri pe mucoase la sugari, 2% p. atingeri ale plăgilor și angina fuzospirilară. *Int.:* 1 mg/kg/24 ore, divizat în 3 prize, după mese.

Metiltestosteron. 17-α-Metiltestosteron 10 mg p. 1 compr. p. uz sublingual. Flacon cu 50 compr. Pr. med.

Hormon testicular de sinteză, cu proprietățile caracteristice androgenilor.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: insuficiență testiculară la băieți (cu începere de la 12—14 ani. *C. ind.*: insuficiență hepatorenală, hipersuprarenalism. Băieți sub 12 ani. Fete.

D.u.: dozele și durata tratamentului vor fi strict individualizate. De la 12—14 ani: dacă medicul preferă această cale (sublinguală) 20 mg/zi (rar 30 mg) sub supraveghere medicală, pînă ce se instalează virilizarea; tratamentul de întreținere după indicația specialistului.

Androgenoterapia în doze mari poate provoca hipercalcemie.

Metiltiouracil. *Methylthiouracilum* (D.C.I.), 0,05 g p. 1 compr. Cutie cu 100 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Inhibă sinteza hormonilor tiroidieni în glanda tiroidă. Inhibiția pare să afecteze sinteza iodotirozinelor. Captarea iodului de către tiroidă nu este afectată. Ca urmare a scăderii hormonilor tiroidieni circulanți crește secreția hormonului tireotrop din hipofiza anterioară, care provoacă hiperplazia glandei tiroide. Metiltiouracilul poate inhiba măduva sanguină. Substanța se elimină în concentrații mari prin lapte.

Fen. sec.: la doze mari: leucopenie, *agranulocitoză*, hipertrofia corpului tiroid, febră, erupții cutanate, edeme, artralgii. Incidente: greață, gastralgii, vărsături.

Ind.: hipertiroidii. *C. ind.:* leucopenii, tiroidite, femeile care alăptează. Atenție în caz de boli hepatice și ale suprarenalei.

D.u.: în cadrul tratamentului complex al hipertiroidiilor: doza de atac antitiroidiană este de 0,02 g/kg/24 ore în 3 prize la 8 ore. Dozele se scad treptat după obținerea rezultatului (3 luni?), dar tratamentul de întreținere este continuat 2 ani. Bolnavul va fi urmărit de medic, care va conduce tratamentul în funcție de eficacitate și efectele secundare (agranulocitoză !)

Metosept. *Acidum salicylicum* 0,12 g, *Mentholum* 0,20 g, *Methylenum coeruleum* 0,10 g, *Diaminomethylacridinum hydrochloricum* (tripaflavină) 0,02 g, *Alcoholum aethylicus* 66 g, *Aqua destill. ad* 100 g. Flacon cu 100 ml. *(ext.)*. Antiseptic.

Ind.: intertrigo cu levuri, streptococi. Antisepsia pielii (preoperatoriu). *C. ind.:* procese acute inflamatorii ale pielii.

Mod de administrare: badijonare o dată/zi.

Metronidazol *(Metronidazolum* — D.C.I.), sin.: Flagyl. Hidroxi-2'-etil-1-metil-2-nitro-5-imidazol 0,25 g p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Ccmpr. de 0,50 g sînt folosite în ginecologie.

Derivat sintetic din seria nitroimidazolurilor, cu o puternică acțiune paraziticidă față de *Trichomonas vaginalis Trichomonas muris, Giardia intestinalis*. Foarte bine tolerat.

Fen. sec.: foarte rare: uscăciunea gurii, erupții alergice, leucopenie.

Ind.: giardioză (lambliază); uretrite și vaginite cu *Tr. vaginalis*.

D.u.: giardioză: copii sub 5 ani: 1 compr./zi; 5—10 ani: 1 1/2 compr./zi; 10—15 ani: 2 compr./zi. Doza zilnică va fi administrată în 2 prize, la mijlocul meselor (pot apărea tulburări digestive, dacă produsul este administrat departe de mese). Ccmprimatele sau fracțiunile pot fi sfărîmate și ames-

Scanned with OKEN Scanner

tecate cu puţină apă zaharată. Cură de 7 zile, care poate fi repetată, după o pauză de 10 zile.

Mexaform comprimate. Iodoclorohidroxichinoleină (Vioform) 200 mg, Fenantrenil-4-7-chinonă-5-6 (Entobex) 20 mg, Bromură de oxifenoniu (Antrenyl), 2 mg p. 1 compr. *(p.o.)*. Flacon cu 20 compr. Vezi şi Mexaform suspensie. Pr. med.

Primele două droguri au un efect antiparazitar (amibe, lamblii), derivatul iodat al oxichinoleinei are acţiune antibacteriană (coci, unii bacili gramnegativi) şi antimicotică (levuri); bromura de oxifenoniu este spasmolitică prin inhibiţia periferică a parasimpaticului şi scade uşor secreţia gastrică.

Asocierea respectivă are o acţiune antiinfecţioasă (bacterii, protozoare, levuri) asupra agenţilor infecţioşi şi facultativi patogeni (disbioză p. 155) din intestin, dar respectă germenii care compun flora fiziologică din intestin, a căror reconstituire o favorizează chiar. Suprimă şi alt fenomen al disbiozei: ascensiunea germenilor în segmentele superioare ale intestinului subţire.

Fen. sec.: foarte bine tolerat; efecte nedorite apar în caz de alergie la iod sau de supradozaj al produsului la copii mici şi sînt datorite anticolinergicului (vezi Propantelina).

Ind.: enterocolite acute nespecifice. Disbioză intestinală. Colită de fermentaţie şi putrefacţie. *C. ind.:* sensibilizare la iod. Copii sub 3 ani (pentru aceştia este indicat Mexaform suspensie).

D.u.: după vîrstă (3—6 ani: 1/2 compr. × 3—4/zi; 7—14 ani: 1 compr. × 2—3/zi, timp de 5—7—10 zile).

Mexaform P suspensie. Iodoclorohidroxichinoleină 80 mg, Fenantrenil-4-7 chinonă-5-6, 8 mg p. 1 ml suspensie *(p.o.)*. Flacon cu 30 ml stiligutte. Pr. med.

Acelaşi produs ca şi Mexaform comprimate (vezi generalităţi şi indicaţii), dar fără bromură de oxifenoniu (anticolinergic).

C. ind.: alergia la iod.

D.u.: sugari: 5—10 pic. × 3—4/zi; copii mici: 15—25 pic. × 4/zi; copii de vîrsta şcolară (sînt preferabile comprimatele) 30—40 pic. × 4/zi. Tratament: 5—7—10 zile. Flaconul se va agita înainte de întrebuinţare.

Mialgin *(Pethidinum hydrochloricum* — D.C.I.) sin.: Meperidin, Dolantin. Metil-4-fenil-4-carboetoxi-2 piperidină hidroclorică 100 mg p. 1 fiolă, sol. apoasă inj. a 2 ml. Cutie cu 10 fiole *(i.m. sc.)*. Pr. med. (timbru sec).

Sedativ, analgezic, antispastic, înlocuitor al morfinei (doze de 7—8 ori mai mari). Acţiunea narcotică este ceva mai slabă decît aceea a morfinei, deci irită mai puţin centrul vomei. Acţiune bună analgezică şi spasmolitică (neuro- şi miotropă). Acţiune scurtă: 2—3 ore.

Fen. sec.: atît incidentele, cît şi accidentele sînt similare celor produse de morfină. Mialginomania se poate instala foarte lesne.

Ind.: colici viscerale (similar cu Metadona), preanestezie. *C. ind.:* insuficienţă hepatică gravă, hipersensibilitate la medicament.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: sub 30 luni (utilizare excepțională): 0,005—0,01 g/24 ore; 30 luni—15 ani; 0,01—0,075 g/24 ore, numai *i.m., s.c.* Unii recomandă doze mai mari: 6 mg/kg/24 ore sau 175 mg/M²/24 ore; această doză se va diviza în 6 inj.; nu se va depăși 100 mg/doză.

Mintacol solubile. Ester p-nitrofenolic al acidului dietilfosforic, subst. 1,66% și NaCl 98,34%. Flacon cu 1 g pulbere. Pr. med.

Miotic bun cu acțiune prelungită, normalizează presiunea oculară și reduce dilatarea provocată de atropină.

Ind.: glaucom (sol. 1/6 000), strabism concomitent (sol. 1/24 000), normalizarea pupilelor dilatate (sol. 1/24 000) în scop diagnostic cu atropină.

D.u.: Rp. Mintacol solubile 0,20 g (sol. 1/6 000) sau 0,05 g (1/24 000), *Aq. destill. steril. ad* 20 g. *F. sol. rec. et frigid. parat. D. ad visc. fusc. pipett.* Cîte 1—2 pic. în fiecare ochi, după indicația medicului specialist. Soluția va fi păstrată la rece și la întuneric; poate fi folosită 6 luni.

Miofilin *(Aminophillinum* — D.C.I.). *Theophillinum acthylendiaminum* 100 mg p. 1 compr. Tub cu 10 compr. *(p.o.).* Sol. apoasă inj. *(i.v.)* 2,4% în fiole a 2 ml p. copii și 10 ml. Cutie cu 5 fiole. Pr. med.

Excitant al sistemului nervos central și al centrului respirator, bronhodilatator (mai ales asupra bronhiilor patologic contractate, efect mai lung decît acela al simpaticomimeticelor); acțiune puternică și complexă asupra sistemului cardiovascular (crește travaliul inimii și debitul ei atît pe minut, cît și pe bătaie, vasodilatator coronarian și renal, acțiune relativ defavorabilă asupra circulației cerebrale etc.). Irită puțin tubul digestiv; favorizează diureza și prin inhibarea reabsorbției tubulare a electroliților.

Fen. sec.: medicament toxic p.o. și i.v. dacă se depășesc dozele terapeutice! Deosebit de periculos în prima copilărie; la această vîrstă, intoxicația este favorizată și de aportul insuficient de lichide și/sau pierderile hidrice exagerate din bolile respiratorii, pentru care există indicații de prescrierea aminofilinei. Simptomele obișnuite ale intoxicației: excitație S.N.C. cu *tremor*, agitație și convulsii, febră, vărsături în zaț de cafea, hipotensiune arterială și colaps, deshidratare, comă și moarte. Unele accidente sînt proprii căii *p.o.* sau *i.v. P.o.* (mai ales administrarea pe nemîncate): iritația mucoasei gastrice (dureri epigastrice, greață, vărsături); inj. *i.v.* rapidă: cefalee, ameteli, palpitații, dureri precordiale, hipotensiune arterială, greață; copiii nu prezintă numai aceste accidente (s-au citat cazuri mortale) și de aceea limităm inj. *i.v.* la bolnavii spitalizați cu stare de rău astmatică, care nu au răspuns la adrenalină. *Tratamentul intoxicației*: se oprește administrarea drogului. Convulsiile vor fi tratate cu fenobarbital sau mai bine cu barbiturice cu acțiune rapidă. Tratamentul deshidratării: oxigen.

Ind.: astm bronșic, insuficiență cardiacă, edeme cardiace, renale, insuficiență coronariană, colică biliară. *C. ind.:* epilepsie, nefrită acută, tulburări ale irigației cerebrale, hipotensiune arterială. Pentru prima copilărie, vezi rezervele de mai sus.

Mod de administrare. Tratamentul va fi prescris și strict urmărit de medic. Posologia la copii peste 1 an: 3 mg/kg sau 0,1 g/M² *(p.o., i.v.)* la 6—8—12 ore. Inj. *i.v.* nu va depăși 3 mg/kg și se va face încet (în cel puțin 10 minute) în sol. glucozată 5%; această cale va fi rezervată copiilor mari, cărora li se pot face *încet* inj. *i.v.*

Scanned with OKEN Scanner

Miostin (*Neostigminium bromatum* — D.C.I.). *Dimethylcarbamatum-(3-hydroxyphenyl) — trimethylammoniumbromatum* 15 mg p. 1 compr. (*p.o.*). Flacon cu 20 compr. 0,5 mg (*methylsulfatum*) p. 1 fiolă a 1 ml sol. inj. *i.m.*, *s.c.* Cutie cu 10 fiole. Pr. med.

Acțiune parasimpaticomimetică indirectă, anticolinesterazic reversibil. Activ pe cale bucală, dar cere cantități mai mari decît în administrarea parenterală. Stimulează intestinul, mai ales pe cel gros. Intensifică amplitudinea și frecvența undelor propulsive. Stimulează musculatura uretrelor și a vezicii urinare. Stimulează direct placa neuromusculară și inhibă colinesteraza la acest nivel; pentru că mușchiul miastenic are un nivel scăzut de acetilcolină, neostigmina — care blochează colinesteraza — permite realizarea unor concentrații suficiente de acetilcolină pentru producerea depolarizării acestor mușchi. Încetinește frecvența ventriculară din tahiaritmiile atriale. Favorizează modificări pe EEG caracteristice „micului rău".

Fen. sec.: primele simptome sînt digestive: greață, vărsături, colici și defecație (și micțiuni) involuntare, apoi contracții fasciculare în tot organismul, mioză, nistagmus, dizartrie, ameteli mari, dispnee, bradicardie, convulsii, bolnavul poate muri prin edem pulmonar, paralizie respiratorie centrală sau paralizie cardiacă.

Ind.: terapeutic: miastenie (ambele căi); *parenteral:* atonie intestinală, ileus dinamic, tahicardii atriale, litiază ureterală, retenție urinară, spasme musculare, antidot al curarei; *p.o.:* tulburări circulatorii, angiospasme, paralizii, sindrom Ménière, vîjîieturi în urechi, hipoacuzie. *Diagnostic:* miastenie, examenul radiologic al abdomenului. *C. ind.:* ileus mecanic, peritonite, astm bronșic, miotonie congenitală, micul rău epileptic, criza colinergică din miastenie.

D.u.: p.o.: 30 luni—15 ani: 0,003—0,03 g/24 ore; *i.m., s.c.* (nu *i.v.*): sub 30 luni: 0,0001—0,00025 g/24 ore; 30 luni—15 ani: 0,00025—0,0005 g/24 ore (Ph.I.).

Unii recomandă doze mai mari *p.o.* în miastenie: 2 mg/kg/24 ore sau 60 mg/M²/24 ore, divizate în 6—8 prize.

Efectul începe la 30 minute după administrarea *p.o.* și durează aproximativ 4 ore. Maximum de acțiune se obține dacă administrăm neostigmina cu 30 minute înainte de mese. Se începe cu o doză mai redusă: 7,5—15 mg × 3—4/zi și se modifică posologia după răspunsul clinic. Test diagnostic pentru miastenie: 0,1—0,2 mg la nou-născut și pînă la 1 mg la copii (parenteral); înlătură temporar ptoza pleoapelor sau a altor grupe musculare afectate.

Moldamin. Benzatinpenicilină. *N. N_1-dibenzylaethylendiaminodipenicillinum* G 600 000 u. și 1 200 000 u. p. 1 flacon pulbere p. administrare *i.m.* Pr. med. Term. val.

Penicilină-depozit, care asigură niveluri joase de penicilinemie, timp de mai multe zile. Vezi Penicilina G. Moldamin are următoarele particularități farmacologice: solubilitatea în apă este foarte redusă (0,02%), constituind deci la locul injecției un depozit de unde penicilina este liberată treptat. Din punct de vedere practic, se disting două zone succesive în evoluția curbei de penicilinemie după o injecție cu 600 000 u. Moldamin:

Scanned with OKEN Scanner

1. o zonă terapeutică de 4—(5) zile, în care penicilinemia se menține la concentrația de 0,03—0,05 u./ml ser sanguin, utilă în tratamentul infecțiilor determinate de streptococi β-hemolitici de grup A și în sifilis;

2. în următoarele 2—3 zile persistă de obicei o *zonă de protecție*, în care timp se mențin încă niveluri de 0,02—0,03 u./ml, utile pentru a împiedica recăderile și reinfecțiile streptococice.

Spectrul de acțiune se limitează la germeni foarte sensibili și constant sensibili la concentrațiile joase pe care le poate realiza benzatinpenicilina: streptococi β-hemolitici grupa A și *Treponema pallidum*.

Fen. sec.: ale penicilinei G. Sensibilizarea este mai frecventă decît cu Penicilina G și V. Injecția determină o durere destul de vie, de scurtă durată. Greșelile de tehnică pot provoca infiltrații locale și febră. Accidentul locoregional hemoragic și necrotic (G. Vasiliu, *Pediatria*, 1968, nr. 1) este excepțional.

Ind.: tratamentul infecțiilor determinate de streptococii β-hemolitici grup A (scarlatină, angină). Sifilis. Profilaxia reumatismului Bouillaud, cu excepția poate a bolnavilor cu pancardite severe, care tolerează uneori rău această formă. *C. ind.:* sensibilizare la penicilină. Boli și forme clinice care impun niveluri mai înalte sanguine. Sugari și copii sub 3 ani, care au un strat muscular insuficient pentru această formă de penicilină-depozit. Dacă injecțiile cu Moldamin sînt foarte dureroase, cu atît mai mult dacă produc febră, este prudent ca profilaxia reumatismului să fie continuată cu Penicilina V.

D.u.: posologia și durata tratamentului vor fi determinate de medic, care va urmări bolnavul. Tratamentul infecțiilor streptococice citate, sifilis: injecție cu 600 000 u. Moldamin la fiecare 4 zile. Tratamentul infecției streptococice este de 10 zile: în unele cazuri tot tratamentul se face cu Penicilină G și/sau Efitard, iar în majoritatea cazurilor, medicul poate recomanda ca după primele 2—4 zile de tratament cu Penicilină G să se completeze tratamentul cu 2 fiole Moldamin a 600 000 u., cîte una la 4 zile sau 1 fiolă Moldamin de 1 200 000 u.

Profilaxia reumatismului : 1 injecție cu 600 000 u. Moldamin la fiecare 7—(14) zile sau 1 injecție cu 1 200 000 u. la fiecare 14—(21) zile, cel puțin 5 ani.

Mod de administrare: flaconul cu Moldamin se agită pentru a dispersa pulberea din interior. Se introduc 2,5—3 ml (p. 600 000 u.) sau 5—6 ml (p. 1 200 000 u.) apă distilată. Se agită puternic flaconul pentru omogenizarea suspensiei. Injecția se va face imediat, cu un ac gros de 8—10/10 mm, profund și strict *i.m.* în pătratul superior al fesei. *Se va controla ca suspensia să nu pătrundă într-un vas.*

Morfină. *Morphinum hydrochloricum* 20 mg p. 1 fiolă sol. apoasă inj. 2% a 1 ml *(s.c.)*. Subst. Pr. med. (timbru sec).

Analgezic, hipnotic (dacă insomnia este provocată de dureri), spasmolitic visceral (de preferat Pethidin sau Methadon); deprimă centrul respirator, mai ales la sugari și copii mici. Efectul terapeutic începe după 30—60 minute și durează aproximativ 4 ore.

Fen. sec.: cefalee, stări de agitație și depresiune, greață, vărsături, constipație, retenție de urină, bradipnee; sînt atenuate de asocierea cu atro-

Scanned with OKEN Scanner

pină. Tremurături, delir, convulsii. Obișnuința se poate instala foarte repede. Depresiunea centrului respirator este pericolul principal la copii și este favorizată de emfizem pulmonar, mucoviscidoză, bronșiolită, astm. Tratamentul intoxicației: vezi Nalorphin.

Ind.: dureri puternice la neoplazici și leucemici, colici renale severe (în lipsă de Methadon, Pethidin). Edem pulmonar acut. Șoc traumatic (efect analgezic). Preoperatoriu. *C. ind.:* traumatisme craniene, abdomen acut, afecțiuni grave hepatice și renale. Convulsii. Contraindicată la copii sub 30 luni; poate fi totuși utilizată cu cea mai mare rezervă în spital la sugari peste 6 luni și copiii mici — ca și la femeile care alăptează — dacă medicul crede că este absolut necesară și că nu poate fi înlocuită cu alt medicament (preoperator, insuficiență cardiacă etc.).

D.u.: 30 luni—15 ani (utilizare excepțională): 0,002—0,01 g/24 ore (0,1—0,5 ml) în 1—2 inj. *s.c.* (Ph.I.).

Morfină cu atropină. *Morphinum hydrochloricum* 20 mg. *Atropinum sulfuricum* 1 mg p. 1 fiolă a 1 ml. Pr. med. (timbru sec).

Vezi Morfină și Atropină.

Morphinum aethylatum hydrochloricum. Clorhidrat de etilmorfină, dionină, subst. *(p.o., ext.).* Pr. med.

Înlocuiește morfina și codeina în afecțiunile respiratorii. Pericolul obișnuinței este mai mic decît la morfină.

Fen. sec.: egale cu ale codeinei.

Ind: calmant al tusei. Oftalmologie. *C. ind.:* vezi Codeină. De evitat sub 3 ani.

D.u.: 1—2 ani: 0,005 g/24 ore; 2—3 ani: 0,01g/24 ore; 3—4 ani: 0,015 g/24 ore; 5—6 ani: 0,02 g/24 ore; 7—9 ani: 0,025 g/24 ore; 10—14 ani: 0,03 g/24 ore; doza zilei se împarte în 3 prize. După unii, doze mai mari: 0,005 g/an de vîrstă/24 ore, în 3 prize; nu se va depăși 0,06 g/24 ore la copilul mare.

Multiglutin. *Natrium glutamicum* 2,12 g, *Kalium glutamicum* 0,04 g, *Calcium glutamicum* 0,0365 g p. 1 fiolă sol. inj. a 10 ml *(i.v.).* Cutie cu 10 fiole. Pr. med. Vezi Glutarom fiole.

D.u: 1—4 fiole/24 ore, în 2 perfuzii *i. v.*

Nalorphin (D.C.I.), sin: Lethidron. Bromhidrat de N-alilnormorfină 5 mg/1 fiolă a 1 ml, *i.m.* și *i.v.* în urgențe. Pr. med.

Deși formula chimică este apropiată de cea a morfinei, este un antagonist competitiv al acesteia (prin blocarea receptorilor). Cînd este administrat în intoxicația acută morfinică, contribuie la reluarea respirației și îndepărtarea stării comatoase fără să înlăture efectele analgezice și narcotice ale toxicului respectiv.

Ind.: intoxicație cu morfină și derivații ei (Methadon, Pethidin, codeină etc.).

D.u.: i.v., i.m.: 0,1 mg/kg/doză. Inj. *i.v.* va fi făcută încet, efectul apare după 15—20 secunde; injecția poate fi repetată după 10—20 minute (efectul diminuează cînd se repetă dozele).

În intoxicațiile severe sînt necesare și măsuri terapeutice suplimentare, ca respirație artificială, analeptice etc.

Scanned with OKEN Scanner

Naphtalanum subst. *(ext.)*. Pr. med.
Topic, antipruriginos, antiinflamator, analgezic, antiseptic, epitelizant, keratoplastic.

Ind.: eczeme, prurigo, prurit de diferite cauze.

D.u.: 15—50% în paste, pomezi etc. Petele de pe rufe pot fi scoase cu benzină.

Naposim *(Methandienon* — D.C.I.), Metandronstenolon (17-α *methyl-17 β-hydroxiandrosta-1,4-dien-3-on*) 5 mg p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. Sol. de Metandronstenolon 0,02 g, Propilenglicol 6 g, Apă distilată *ad* 20 ml. Flacon cu 20 ml; 1 pic. = 0,04 mg *(p.o.)*. Pr. med. Vezi și Nerobolil. Vezi Madiol pentru date farmacologice, *fen. sec., ind.* și *c. ind.*

Naposim (carbon în poziția 17) poate altera temporar unele teste ale funcțiilor hepatice (de exemplu, proba BSP); unii specialiști nu-l recomandă de aceea în hepatitele cronice și dau preferință Nortestosteronului, în timp ce alții nu cred că aceasta implică o limitare a indicațiilor sale. În orice caz este contraindicat în insuficiențele hepatice grave.

D.u.: numai după indicațiile medicului specialist, deoarece: 1) chiar dozele uzuale pot produce fenomene de masculinizare (care nu cedează totdeauna complet); 2) dozele prea mari, curele prea lungi și/sau prea dese pot determina și oprirea creșterii, datorită sudurii precoce a cartilajelor.

Cura nu va depăși o lună și poate fi repetată la prescripția medicului, după cel puțin 2 luni pauză.

Sugari și copii 1—2 ani: 0,03—0,04 mg (1 pic.) /kg/zi; copii 2—6 ani: 0,5—1 mg/zi (15—25 pic./zi); copii 7—14 ani: 1—2 mg/zi (25—50 pic./zi).

Napoton *(Chlordiazepoxydum* — D.C.I.), sin.: Librium. 7-Clor-2-metilamino-5-fenil-3-H-1,4-benzodiazepin-4-oxid 10 mg p. 1 drajeu. Flacon cu 30 drajeuri *(p.o.)*. Pr. med.

Tranchilizant minor, puțin toxic. Scade activitatea mintală, diminuează anxietatea și manifestările ei somatice, scade iritabilitatea și agresivitatea, fără să provoace obnubilare psihică și să determine modificări vegetative.

Alte acțiuni: contribuie la relaxarea mușchilor scheletului, deprimă ușor activitatea motorie centrală, potențează acțiunea anticonvulsivantelor, a hipnoticelor și a alcoolului. Nu are acțiune antipsihotică, dar poate fi administrat ca adjuvant al neurolepticelor.

Fen. sec.: dozele uzuale sînt bine tolerate. Mai ales dozele mari provoacă tulburări: amețeli, oboseală, somnolență, incoerență, ataxie, accese de furie; greață, constipație, perturbări ale funcțiilor hepatice; dismenoree; erupții cutanate; chiar agranulocitoză. Se poate instala obișnuință.

Ind.: stări de anexietate și tensiune psihică, fobii, tulburări de comportament, distonii circulatorii și digestive, stări spastice de origine centrală. Adjuvant în tratamentul unor epilepsii și al unor psihoze cu agitație și anxietate intensă.

C. ind.: insuficiență severă hepatică și renală. Sugari.

D.u.: II, III: 5—25 mg/zi după vîrstă și indicații, în mai multe prize.

Natrium benzoicum subst. *(p.o.)*. Pr. med.
Fluidifică expectorația; dezinfectant ușor al căilor respiratorii.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: în poţiuni, decocturi: 0,10—0,25 g/an de vîrstă/24 ore, în (3)—4—5) prize sau I: 0,003—0,05 g/doză; II: 0,05—0,10—0,15 g/doză; III: 0,20—0,30 g/doză; se repetă de (3)—4—5 ori/zi.

Natriu bicarbonic *Natrium bicarbonicum* 1 g p. 1 compr. Cutie cu 100 compr. şi subst. Alcalinizarea umorilor; neutralizarea secreţiilor acide (după o neutralizare trecătoare a aciditătii gastrice determină o hiperaciditate secundară, deoarece provoacă creşterea secreţiei). Fluidifiant al secreţiei biliare. În doze mari (luat după mese), alcalinizant a urinii. Neutralizant al acidozei diabetice. *Ext.:* deshidratează pielea, deci efect antipruriginos.

Fen. sec.: alcalinizarea excesivă şi îndelungată a umorilor produce *alcaloză*. Simptome: dureri abdominale, inapetenţă, greaţă, vărsături (forma uşoară); ameţeli, cefalee, mialgii, artralgii, spasme musculare, oboseală pronunţată, evoluţie spre comă (forma severă). *Tratamentul alcalozei:* oprirea bicarbonatului, ser fiziologic *i.v.*, clorură de calciu sau de amoniu *p.o.*

Ind.: neutralizant al hiperclorhidriei. Alcalinizant în acidoza vărsăturilor ciclice, toxicoză, diabet. *Ext.* împotriva pruritului din seboree; acnee, arsuri etc. *C. ind.:* hipoaciditate gastrică, nefrită, alcaloză.

D.u.: 0,20 g/an de vîrstă/24 ore. Neutralizant al secreţiei gastrice: III: cîte 1—2 g după mesele principale. *Ext.* 2—5 g/litru p. gargară, loţiuni; pentru pansamente, spălături: 20 g/litru.

Natrium bromatum subst. *(p.o.)*. Pr. med. Vezi *Ammonium bromatum*.

Ind. speciale: îndeosebi epilepsie, coree, convulsii, hipertireoză, palpitaţii neurotice.

Natrium carbonicum crystallisatum subst. Caustic, folosit în dermatologie pentru spălături 1—2% (acţiune keratolitică) şi ORL (înmuierea cerumenului — 2% în glicerină). Pentru fierberea instrumentelor: sol. 2%.

Natrium citricum subst. Pr. med.

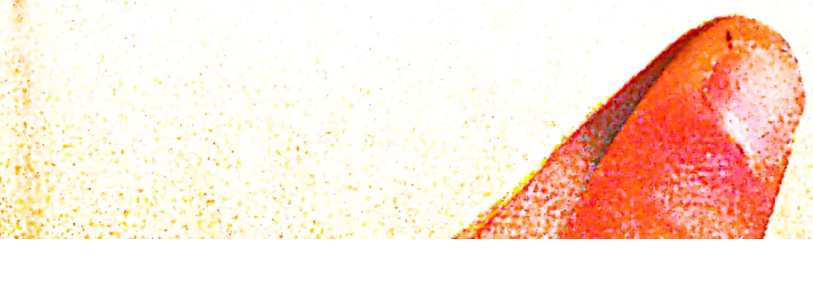
Doze mici: alcalinizant al secreţiei gastrice, întîrzie coagularea laptelui în stomac la sugari; corector al acidozei. Doze mari: purgativ; întîrzie coagularea sîngelui (utilizat pentru conservarea sîngelui).

Ind.: vărsături în alimentaţia naturală la sugari. Alcalinizarea urinii în pielonefrită şi în stări acidozice; rahitism.

D.u.: ca indicaţie generală: 0,20 g/an de vîrstă/24 ore. În pielonefrite: I: 0,25—0,50 g; II: 0,50—1 g; III: 2 g; se administrează de 3—4 ori/zi, pînă ce urina devine alcalină. La copii mari (III) şi: *Rp. Natrium citricum tribasicum, Natrium bicarbonicum, Magnesium carbonicum basicum* āā 30 g. M.f. *pulvis* D.S. × 2/zi cîte 1/2 linguriţă pentru a acidifia uşor urina. În tulburările gastrice minore din alimentaţia naturală (copii sub 3 luni): *Rp. Natrium citricum* 0,50 g, *Natrium bromatum* 0,25 g. *Natrium phenylbarbituricum* 0,05 g, *Aq. destill.* 150 g, *Saccharinum* 1 compr. M.D.S. 1 linguriţă × 6/24 ore, înaintea fiecărui supt.

Natriu clorat. *Natrium chloratum* 1 şi 2 g p. 1 fiolă a 10 ml sol. 10 şi 20%. Sol. apoasă hipertonică *(i.v.)*. Subst. Creşte concentraţia ionului Na în lichidele extracelulare (apa din celule trece în spaţiul extracelular şi volumul respectiv creşte).

Fen. sec: administrare în exces: edeme, edem pulmonar acut. Administrarea paravenoasă: necroză.



Scanned with OKEN Scanner

Ind.: deshidratare hipotonă (pierdere de sare: vărsături, diaree importantă, addisonism etc.). *C. ind.:* edeme cardiace, renale, pulmonare, hipertensiune arterială.

D.u.: 10—20 ml numai *i.v.* lent, după caz; de preferat concentrația 10%.

Natrium glycerophoshoricum subt. *(p.o.)*. Pr. med.

Fosforul este utilizat în organism în toate procesele de asimilare, mai ales ale sistemului nervos, mușchilor și oaselor. Resorbția fosfaților este însă redusă.

Ind.: convalescență, anorexie, oboseală, afecțiuni urinare, neuropsihice.

D.u.: vezi *Calcium glycerophosphoricum*.

Natriu hiposulfit. *Natrium hyposulfuricum* 1 g p. 1 fiolă a 10 ml sol. apoasă inj. 10% *(i.v.)*; nu se va utiliza sol. 20%. Acțiune desensibilizantă, antitoxică și reductoare.

Fen. sec.: administrarea paravenoasă: necroză.

Ind.: dermatoze alergice, adjuvant în bronșiectazie. *C. ind.:* insuficiență renală. Copii sub 7 ani.

D.u.: III: 5 ml sol. 10% *i.v.*, administrată lent/zi.

Natrium jodatum subst. *(p.o.)*; fiolele nu se folosesc la copii, Pr. med. *Profilaxia și tratamentul gușii.* Vezi *Kalium jodatum* (1 mg Na I/săptămînă = 1 linguriță o dată pe săptămînă din sol.: Rp. *Natrium jodatum* 0,05 g, *Aqua destill.* 250 g).

Expectorant. Fen. sec.: mărește secreția salivară. *Ind.:* bronșite cronice, anumite faze ale astmului bronșic. *C. ind.:* sensibilizare la iod, tuberculoză pulmonară evolutivă.

D.u.: I: 0,10 g/24 ore; II: 0,10 g — 0,50 g/24 ore; III: 0,50—1,50 g/24 ore; la copilul peste 30 luni: 0,10 g/an de vîrstă/24 ore. De repartizat în 3—4 prize.

Natriu lactat 20 ml sol. lactat de sodiu (Na^+ 20 mEq și lactat 20 mEq/20 ml) p. perfuzii *i.v.* Pr. med. Alcalinizant.

Ind.: corectarea acidozei metabolice, antagonizarea efectelor cardiace ale hipokaliemiei. *C. ind.:* alcaloză, edeme.

D.u.: vezi p. 146.

Natrium nitrosum subst. p. uz *i.v.* și *p.o.*

Ind.: antidot în intoxicațiile cu cianuri, acid cianhidric, hidrogen sulfurat. Se injectează *i.v.* sol. 3% în așa fel ca să nu întreacă 2,5—5 ml/min. În timp ce se supraveghează permanent presiunea arterială. Doze: 6—8 ml/M^2.

Natrium phosphoricum subst. *(p.o.)*. Pr. med. Colagog.

Ind.: hipopepsii (doze mici); colagog (doze medii).

Natriu salicilic. *Natrium salicylicum* subst. *(p.o., r.)*. 1,2 sau 4 g p. 1 fiolă a 10 ml sol. 10% inj. Administrat *p.o.* se absoarbe în stomac și intestin; adsorbit de proteinele sanguine este vehiculat de sînge spre țesuturi. Acțiunea antireumatică (eficiența) apare cînd salicilemia este de 30—40 mg/100 ml, sînge, aproape de nivelul toxic; această concentrație este obținută de obicei cu (0,10—0,15)—0,12 g/kg/24 ore, repartizat în 6 prize la 4 ore. Dacă se asociază bicarbonatul de sodiu, scade riscul intoxicației, dar gră-

Scanned with OKEN Scanner

bim desprinderea salicilatului de pe proteinele sanguine (forma activă), deci şi eliminarea lui.

Fen. sec.: accidente uşoare: 1) digestive: greaţă, vărsături, pot fi datorite iritaţiei gastrice, unor cauze psihice sau anunţă intoxicaţia; 2) sanguine (hemoragice): echimoze, epistaxis, hemoragii în diverse teritorii datorită inhibării formării protrombinei la nivelul ficatului; 3) tulburări de sensibilizare, eriteme diverse. Accidente grave: intoxicaţia salicilică, combaterea şi prevenirea ei la p 255. Inj. *i.v.* favorizează şi sclerozarea venelor, de aceea la copii este indicată numai concentraţia de 10%.

Ind.: reumatism Bouillaud: *p.o.* în tratamentul de durată; este puţin folosit, deoarece toleranţa este nesatisfăcătoare la dozele necesare; *i.v.* temporar, cît timp nu este tolerată calea orală, sau în formele severe pentru a ajuta la realizarea unei salicilemii eficiente.

C. ind.: diateze hemoragice, insuficienţă hepatică, intoleranţă la derivaţii salicilici. *I.v.:* copii sub 3 ani.

D.u.: p.o. Pentru reumatism vezi p 124. Analgezic şi antipiretic: I: 0,05—0,10 g; II: 0,20—0,40 g; III: 0,40—0,75 g pentru o dată (după mese); *p.o.* după mese sau *r.*; *i.v.* 3—15 ani: aproximativ 0,10 g/kg/24 ore, în 2 inj. la 12 ore, strict şi lent *i.v.*

Natrium sulfuricum subst. *(p.o.)*, laxativ, purgativ în doze mari.

D.u.: I: 0,50—1 g o dată; II: 1—5 g (1/4—1 linguriţă plină) ×1—2/zi; III: 5—10 g ×1—2/zi în 50—200 ml apă călduţă (după cum urmărim efectul purgativ sau numai cel laxativ); sau 1—2 g/an de vîrstă, o dată/24 ore sau în 2 prize.

Natrium tetraboricum (Ph.I.), *natrium biboricum* (Ph. H.), borat de sodiu, tetraborat de sodiu, *borax*, subst. Antiseptic slab.

Ind.: afecţiuni inflamatorii ale pielii (comprese umede); seboreea feţei sau a pielii capului. Afte bucale.

D.u.: soluţii 1—4% p. comprese, loţiuni; glicerină boraxată 20% p. afte. Vezi acidul boric, dînd aceleaşi accidente.

Natrium thiosulfuricum, hiposulfit de sodiu, subst. *(ext., p.o.,* sol. *i.v.)*. Desensibilizant, antitoxic *(p.o., i.v.)*. Reducător *(ext.)*.

Ind. ext.: lupus eritematos, psoriazis; *p.o.* şi *i.v.:* alergoze; *i.v.* antidot în intoxicaţiile cu arsenic, plumb, mercur, aur, sulfamide.

D.u.: ext.: sol. 5—10% pastă sau unguent 10%; *p.o.* (II, III): 0,25—1 g (după vîrstă), de mai multe ori pe zi, soluţie 5—10%; *i.v.* (nu paravenos) II, III: 1—10 ml (după vîrstă sol. 2—5%).

Nebacetin. Neomicină 5 mg/cc sau g, Bacitracină 250 *u./cc* sau g. Flacon cu 50 g pulbere sterilă *(ext.)*. Tub cu 2,5 g unguent *(ext.)*. Flacon p. preparat soluţie sterilă 10 ml (aerosoli, intrapleural, intraperitoneal). Asociere a 2 antibiotice bactericide, active asupra germenilor grampozitivi şi-negativi, p. uz local. *Fen. sec.:* antibioticele sînt bine tolerate pe cale locală, determină rareori fenomene de intoleranţă sau alergice; rezistenţa se instalează încet.

Ind.: tratamentul local al infecţiilor microbiene ale pielii şi mucoaselor; pneumonologie (bronşite, bronşiectazii), chirurgie.

Scanned with OKEN Scanner

Mod de administrare: se alege forma indicată pentru boala respectivă; se administrează conform cerințelor respective de 1—4 ori/24 ore.

Nefrix (*Hydrochlorothiazidum* — D.C.I.) 1,1-dioxid-6-clor-7-sulfamoil 3, 4-dihidro-1, 2, 4-benzotiodiazină 25 mg p. 1 compr. Flacon cu 40 compr. (*p. o.*). Pr. med.

Diuretic saluretic mai activ decît clorotiazida; inhibă în egală măsură reabsorbția tubulară a natriului și a clorului. Pierderile mari de natriu favorizează eliminarea de potasiu. Salidiureza este puțin pronunțată în primele luni de viață, cînd este probabil că imaturitatea sistemelor enzimatice tubulare nu permite drogului să acționeze satisfăcător.

Acțiunea diuretică începe la 1—1 1/2 oră după administrare și durează 8—12 ore. Efectul este mai accentuat la bolnavii cu edeme și este paralel cu doza. Hipoproteinemia scade efectul diuretic. Drogul are acțiune hipotensivă la bolnavii hipertensivi tratați cu rezerpină, dihidralazină.

Fen. sec.: drogul este bine tolerat dacă sînt respectate precauțiile și contraindicațiile.

Acțiunea diuretică provoacă prin ea însăși unele modificări, care sînt efecte secundare ale tratamentului diuretic și nu efecte specifice ale medicamentului respectiv:

a) efecte secundare ale acțiunilor diuretice: Mai devreme sau mai tîrziu apare tendința la alcaloză hipocloremică cu hipokaliemie. Deși eliminarea potasiului este compensată teoretic de o alimentație echilibrată, este necesar un supliment de ClK. Hipokaliemia este de temut mai ales la bolnavii tratați concomitent cu digitalice; cînd la un asemenea bolnav apar semne de intoxicație digitalică, este probabil că se datoresc lipsei potasiului. La cirotici, este o tendință de hiperamoniemie, hiperazotemie;

b) drogul produce retenție de acid uric;

c) hiperglicemia (toleranța la hidrații de carbon scade) este rară și nu a fost descrisă la copii;

d) efecte specifice: erupțiile cutanate, trombocitopenia sînt rare și nu au fost descrise la copii.

Ind.: tratamentul inițial și/sau de întreținere al edemelor de origine cardiacă și renale (nefroze mai ales) ca și al edemelor prin stază portală. Obezitate cu retenție hidrică. Edeme localizate (posttrombotice sau posttraumatice). Hipertensiunea arterială (asociat cu hipotensoarele specifice). Ar influența edemul cerebral din boli ca encefalita, gripa toxică, hidrocefalia. *C. ind.:* insuficiență hepatică gravă, anurie, glomerulonefrită recentă. Prudență deosebită la nefropatiile toxice, insuficiență renală avansată, ciroze, stări de hipopotasemie în aceste situații, tratamentul poate fi aplicat după ce s-a corectat carența de electroliți.

Pot apărea ulcerații în stomac, duoden, dacă se administrează drogul împreună cu ClK.

D.u.: posologia și durata tratamentului în funcție de caz; în general 1/10 din doza de clorotiazidă. Există oarecare acord în ceea ce privește dozele mici: 1—2 mg/kg/zi sau 30—60 mg/M²/zi.

Unii exprimă posologia mai simplu: 1/4 compr./zi la sugari, 1/2 compr./zi la copii preșcolari și 1/2—1 compr./zi la școlari.

Unii preconizează doze mai mari: 2—4 mg/kg/zi.

Scanned with OKEN Scanner

Doza pentru o zi se administrează sau toată o dată, dimineața, sau în 2 prize (orele 7 și 15). Drogul se administrează zilnic, 3—4 zile (ar exista o oarecare tendință la acumulare); dacă tratamentul trebuie continuat, va fi administrat intermitent, din 2 în 2 zile.

Precauții: Ca indicație generală se va urmări echilibrul Na, Cl, K. Dacă drogul este administrat ca tratament de întreținere, este indicat un aport suplimentar de 0,50—2 g clorură de potasiu/zi, la alte ore decît hidroclorotiazida. Aportul de potasiu este obligatoriu în depleția de potasiu (de exemplu, în diareele severe), carența de potasiu (ciroză, nefroză) sau cînd drogul este asociat cu digitalice sau cu corticosteroizi. La bolnavii cu insuficiență renală se va controla bilanțul electroliților și azotul neproteic, iar la diabetici glicemia și glicozuria.

Regimul strict desodat nu este de obicei necesar în cursul tratamentului de întreținere.

Trebuie avut în vedere și posibilitatea interferării acțiunii drogului cu alte medicamente: de exemplu, aminele presoare scad, iar tubocurarina amplifică efectul hidroclorotiazidei.

Negamicin. *Neomycinum sulfuricum* 0,50 g (corespunzător cu 0,35 g bază) p. 1 compr. Tub cu 20 compr. *(p.o.)*. Pr. med. Term. val. Vezi și *Neomicinum sulfuricum*.

Antibiotic activ asupra unor bacili gramnegativi: neuro- și nefrotoxicitatea sînt atît de pronunțate, încît este interzisă utilizarea sa pe cale parenterală.

Nu este atacat de acizi, deci este activ în tubul digestiv; fiind și puțin resorbit (3—5%) poate fi utilizat pe cale orală, cu mențiunea că la sugarii mici — al căror intestin devine mai permeabil în cursul diareei — resorbția poate crește (poate expune la leziuni renale și nervoase cînd administrarea este îndelungată).

Administrat în doze terapeutice realizează concentrații active în intestin și se elimină aproape în întregime sub formă activă.

Rezistența încrucișată. Neomicina, Kanamicina, paramomicina au o compoziție chimică atît de vecină, încît rezistența încrucișată între ele este practic completă.

Deoarece structura chimică este similară și cu aceea a streptomicinei, tulpinile microbiene care au devenit rezistente la neomicină și kanamicină devin prin aceasta rezistente și la streptomicină. Inversul este rar sau doar posibil.

Fen. sec.: sterilizînd flora intestinală, poate apărea diareea (datorită proliferării florei bacteriene insensibile la neomicină — levuri, stafilococi, *Aerobacter aerogenes* etc.) și manifestări clinice ale carențelor vitaminelor complexului B. Diareea poate (re) apărea și după oprirea drogului: enteropatia este similară cu cea provocată de alergia la gluten.

Ind.: din cauza riscurilor citate, neomicina este indicată numai cînd diareea infecțioasă este produsă de germeni sensibili la acest antibiotic (unele tulpini de *B. coli* patogeni și *Shigella, Proteus*, piocianic) și care nu sînt sensibile la alte antibiotice ale căror efecte secundare sînt mai reduse.

C. ind.: diaree nespecifică, diaree infecțioasă produsă de germeni sensibili la alte antibiotice, ale căror riscuri sînt mai reduse.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: aproximativ 50—75 mg/kg/24 ore, în 4 doze la 6 ore, timp de 5—7 zile; la nou-născuți, prematuri: 50 mg/kg/24 ore. Concomitent, vitaminele complexului B (iaurt dacă este permis la bolnavul respectiv).

Precauții. Se va urmări toleranța, deoarece fenomenele citate mai sus pot apărea după (2)—3 zile.

Negram (Acid nalidixic — D.C.I.) *1-ethyl-7-methyl-1,8-nephtiridin-4-on-3-acidum carboxilicum* 500 mg p. 1 compr *(p.o.)*. Pr. med.

Chimioterapic bacteriostatic activ asupra unor germeni curent întîlniți în unele infecții urinare și intestinale. Are o activitate antibacteriană satisfăcătoare în urină. Concentrația din sînge și țesutul renal nu pare a fi în schimb suficientă pentru a inhiba germenii sensibili la acest drog. Spectrul antibacterian cuprinde cu deosebire unii colibacili și *Proteus* ca și unele salmonele și dizenterici.

Deoarece structura lui nu este comună cu alte chimioterapice și antibiotice, nu prezintă rezistență încrucișată. Rezistența se poate instala în cursul tratamentului, mai ales în infecțiile cronice urinare; poate fi redusă la minimum, dacă posologia și durata tratamentului sînt corecte.

Fen. sec.: toxicitate redusă. Tulburările digestive nu sînt rare; mai ales greață, rar vărsături și/sau diaree. Foarte rar, cefalee, amețeală, reacții cutanate minore, erupții trecătoare, urticarie, eozinofilie.

Ind.: în funcție de testarea sensibilității: infecții digestive cu salmonele, dizenterici, *B. coli* patogeni; infecții cronice urinare (din motivele arătate nu este indicat în infecțiile acute urinare). Durata tratamentului: 5—7 zile în infecțiile digestive; după avizul medicului, în cele urinare *C. ind.:* copii sub o lună.

D.u.: aproximativ 25 mg/kg/24 ore, în 4 prize.

Notă.: Urina bolnavilor care primesc acid nalidixic dă un rezultat echivalent cu 5‰ glucoză, dacă urina respectivă a fost cercetată cu reactivul Benedict pentru glucoză (datorită unui agent reducător altul decît glucoza, probabil acidul glicuronic).

Nematocton. *Piperazinum* (Ph. I.) *adipicum* 0,30 g p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*. Forma sirop, sol. 10% *Pyperazinum hidratatum* 10 g p. 100 g sirop 10% (1 linguriță 0,65 g hidrat de piperazină). Flacon cu 50 sau 100 ml *(p.o.)*. Forma sirop 20% nu este utilizată la copii. Pr. med.

Antihelmintic activ asupra nematodelor, dozele terapeutice fiind foarte bine tolerate. Se absoarbe repede din tubul digestiv (adipatul mai puțin decît hidratul), este parțial metabolizat în organism și eliminat prin urină.

Fen. sec.: produs bine tolerat în doze terapeutice. La copii susceptibili sau dacă dozele sînt prea mari pot apărea: tulburări nervoase: cefalee, ameteli, ataxie, tremor, disritmii ale traseului EEG, care dispar cînd tratamentul este oprit;

— tulburări renale: microhematurie și rareori cilindri hialini (produse de dozele prea mari);

— foarte rar dermatoze de tip alergic.

Ind.: ascaridioză, oxiurază, tricocefaloză.

C. ind.: insuficiență renală. Atenție la bolnavii suferinzi de afecțiuni ale S.N.C.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: indicația generală: hidratul de piperazină este utilizat în doze de 50—75 mg/kg/zi, fără a depăși 2,50 g/zi: adipatul: max. 1,80 g/zi.

Comprimate: 1 compr./an/zi, pînă la vîrsta de 6 ani; peste 7 ani: 6 compr./zi. Doza zilei este repartizată în 3—4 prize, înaintea meselor.

Sirop sol. 10%: dozele care corespund cu posologia citată mai sus. Doza zilei se împarte în 3—4 prize, înaintea meselor (un copil de 30—35 kg poate primi 1,50—2 g piperazină/zi, ceea ce corespunde la 3 linguriţe/zi, deci de 3 ori cîte o linguriţă înaintea meselor principale).

Durata tratamentului: ascaridioză 4—7 zile: oxiurază: 2 cure a 7 zile, cu o pauză de 10 zile între ele (în asociere cu măsurile descrise la p. 179).

Precauţii. Este prudent ca tratamentul să fie precedat de un examen sumar al urinii. În timpul curei nu se vor administra alte medicamente. Laxativele sînt indicate dacă tranzitul intestinal este încetinit.

Neoanemovit. *Ferrum gluconicum* 3 g, *Cuprum chloratum* 0,05 g, *Cobaltum chloratum* 0,05 g, *Sirupus aromatisatus q.s. ad* 100 g. Flacon cu 125 ml.

Gluconatul feros este activ şi bine tolerat în anemia feriprivă. Cuprul ar favoriza absorbţia intestinală a fierului, mobilizarea lui din depozite şi ar stimula formarea hemoglobinei. Cobaltul nu influenţează direct anemia feriprivă.

Fen. sec.: gluconatul feros, ca şi siropul, pot provoca rar diaree la unii copii, mai ales la sugari; orice sare feroasă poate provoca rar greaţă, constipaţie. *Utilizarea îndelungată* a cobaltului poate provoca anorexie, greaţă, vărsături, hipertrofia tiroidei şi semne de hipotiroidie.

Ind.: anemii feriprive. *C. ind.:* sugari; prudenţă la copii de 1—2 ani. Enterite acute şi cronice. Asocierea fierului cu dimercaptopropanolul produce un compus toxic.

D.u.: copii: 1 linguriţă/zi la copii de 2—5 ani; 2 linguriţe/zi la copii de 5—10 ani; 3 linguriţe/zi la copii de 10—15 ani. Doza zilei se împarte în 3 prize, departe de mese.

Materiile fecale se colorează în negru.

Durata tratamentului: vezi p. 88; se va ţine seamă şi de eventualitatea unor efecte secundare dacă utilizarea cobaltului este îndelungată.

Neohepar. *Extractum hepatis* total, standardizat microbiologic în vitamina B_{12} 20 γ, p. 1 fiolă a 2 ml. Cutii cu 5 fiole *(i.m.)*. Fiolele de 5 ml nu se folosesc la copii. Term. val. Vitamina B_{12} din produs previne şi vindecă anemia pernicioasă.

Fen. sec.: extractul hepatic determină uneori dureri locale; poate provoca tulburări vasomotorii, reacţii alergice (urticarie mai ales). Inj. i.v. poate provoca grave accidente generale de tipul şocului anafilactic.

Ind.; anemie pernicioasă, anemii macrocitare. *C. ind.:* intoleranţă la extractele hepatice, boli alergice concomitente. Policitemie.

D.u.: 30 luni—15 ani; strict şi profund *i.m.*, 1—3 fiole a 2 ml/săptămînă, total 8—10 fiole.

Neomicinum sulfuricum (D.C.I.) subst. *(ext.)*. Pr. med. Vezi şi Negamicin.

Deoarece antibioticul este activ şi asupra cocilor grampozitivi şi este rar alergenic, este utilizat tot mai frecvent în uz extern. Substanţa se foloseşte în receptură pentru pomezi, paste şi unguente în dermatologie; pomadă ocu-

Scanned with OKEN Scanner

lară; colir; soluție nazală. Concentrația: 0,50%. Toleranța locală este bună, nu se resoarbe și alergizarea este rară.

Ind.: infecții cutanate și oculare cu stafilococi și streptococi.

Neopepulsan *(Propanthelinum bromatum* — D.C.I.). *Diisopropylaminoethyl-xanthen-9-carboxylat-methylbromid* 15 mg p. 1 compr. Flacon cu 30 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Acțiune similară atropinei, anticolinergică și ganglioplegică (vezi și Probanthine). Este activ îndeosebi asupra mușchilor viscerali, netezi; este mai puțin toxic decît atropina și similarele.

Fen. sec.: midriază, uscăciunea gurii, retenție de urină, constipație și chiar ileus paralitic. Eventual hipotensiune ortostatică, lipotimii și chiar colaps. Intoxicația este similară cu aceea produsă de atropină.

Ind.: gastrită hipertrofică, boală ulceroasă, pancreatita acută și cronică, diverticulită, spasmele organelor abdominale, hiperhidroză, enurezis. *C. ind.:* glaucom; va fi utilizat cu prudență în caz de afecțiune cardiacă severă. Copii I-II.

D.u.: III: 1—1,5 mg/kg/24 ore sau 25—40 mg/24 ore, în 4 doze, după mese și seara înainte de culcare. Se va începe cu o doză mai mică și se va tatona eficacitatea și toleranța.

Neoxazol *(Sulfafurazolum* — D.C.I.) sin: Sulfizoxazol. *3—4—Dimethyl-isoxazol-5-sulfanilamidum* 0,50 g p. 1 compr. Tub cu 20 compr. Suspensie 10% p. uz pediatric. Flacon cu 100 ml *(p.o.)*. *3-4-Dimethylisoxazol-5-sulfanilamidum* 2 g, *Diethanolaminum* 0,835 g, *Aqua destill. ad* 5 ml p. 1 fiolă sol. apoasă inj. 40% a 5 ml. *(i.m., i.v.)*. Pr. med.

Sulfamidă bine tolerată și ale cărei indicații cuprind întreaga gamă a sulfamidoterapiei.

Administrînd o doză unică *p.o.* se absoarbe repede și complet; are concentrația maximă în sînge după 2 ore și scade după 6 ore. Absorbția parenterală este mult mai rapidă, dar descrește după 4 ore.

Această sulfamidă are o difuziune bună în țesuturi și în L.C.R. nu pătrunde în focarele supurate încapsulate.

Fiind foarte solubilă atît în mediu slab acid, cît și în mediu alcalin, realizează concentrații importante în urină; deoarece în cursul metabolizării este acetilată în proporție relativ redusă (35%), rezultă că cea mai mare parte ajunge în stare activă (neacetilată) în urină.

Spectrul antibacterian cuprinde unii coci grampozitivi și gramnegativi, unii bacili gramnegativi. Activitatea sa bacteriostatică este inactivată de puroi și metionină; este de reținut antagonismul competitiv cu acidul paraminobenzoic (PAB) și derivații (deci cu novocaina-procaina).

Particularități în perioada neonatală: această sulfamidă intră în competiție cu bilirubina și o deplasează din legătura sa cu albuminele, deci difuzează; aceasta favorizează icterul nuclear. De aceea sulfafurazolul este interzis în perioada neonatală.

Fen. sec.: sînt reduse și constau mai ales din tulburări digestive, greață, vărsături, cefalee și manifestări de sensibilizare (diferite erupții, febră). Rar se decelează o cristalurie asimptomatică; excepțional de rar se ajunge la hematurie. Efectele medulotoxice (leucopenie, granulocitopenie, purpură

Scanned with OKEN Scanner

trombocitopenică) sînt foarte rare. Toleranța injecțiilor intramusculare este potrivită și bineînțeles nesatisfăcătoare la copii mici ale căror mase musculare sînt insuficient dezvoltate. Aproximativ 20% din bolnavi descriu o durere sau arsură la locul de administrare, care durează 20—30 minute; durerea poate iradia de-a lungul membrului inferior și dura timp mai îndelungat.

La nou-născuți: icter nuclear (p. 14—20).

Ind.: infecțiile căilor respiratorii superioare și inferioare, unele pneumonopatii; infecțiile urinare; meningită meningococică; bruceloză. *C. ind.:* leucopenie cu granulocitopenie, agranulocitoză. Insuficiență hepatică și renală. Sensibilizare la sulfamide. Copii sub o lună; prudență la copii de 1—3 luni.

D.u.: p.o. (0,50 g sulfizoxazol = 1 compr. sau 1 linguriță suspensie). Doza de șoc este egală cu 1/2 din doza /24 ore. Doza de întreținere: aproximativ 0,15 g/kg/24 ore sau 4,5 g/M²/24 ore; în general și exceptînd primele 3 luni se prescriu doze mai mari la copiii mai mici, 0,15—(0,20) g/kg/24 ore pentru sugarii de 3—12 luni și doza coboară la (0,15)—0,12—0,10 g/kg/24 ore la copii mai mari.

Dacă se consideră că produsul este absolut necesar a fi administrat la sugarii de 1—2 luni, este prudent ca posologia să fie de aproximativ 0,10 g/kg/24 ore.

Doza/24 ore va fi divizată în 4—(6) prize, la (4)—6 ore, preferabil paralel cu prizele alimentare.

Parenteral se recomandă 2,5 g/M²/24 ore; unii recomandă aceleași doze ca la calea orală (necesare în meningitele supurate). Prima doză va fi egală cu 1/2 din doza/24 ore. Ritmul de administrare: la 6 ore. La copii sub 5 ani, este preferabil ca soluția să fie diluată 5% (în fiolă este 40%).

Precauții. Se va asigura aportul suplimentar de lichide și se vor urmări bolnavii, mai ales cînd doza este mare, cînd tratamentul depășește 5—7 zile; în această ultimă eventualitate, controlul periodic hematologic este obligatoriu, ca și urmărirea funcțiilor renale.

Incompatibilități: procaina (Efitard), urotropina, metionina, purgativele saline.

Nerobolil *(Nortestosteronum* — D.C.I.*). 19-Norandrostenolonphenylpropionat* 25 mg p.1. fiolă a 1 ml sol. uleioasă p. inj. *i.m.* Pr. med.

Produs similar cu Naposim. Spre deosebire de acestea este posibil ca Nortestosteronul (carbonul în poziția 19) să nu expună la unele incidente (oarecare toxicitate cînd sînt administrate doze mai mari și timp mai îndelungat la bolnavi a căror insuficiență hepatică este severă). În schimb, forma injectabilă și mai ales vehiculul uleios reprezintă unele limitări a administrării acestui produs la copii, mai ales în practica ambulatorie.

D.u.: 5—25 mg (după vîrstă), o dată/săptămînă, în inj. strict *i.m.* Cură de 4 săptămîni (vezi Naposim).

Neuleptil *(Propericiazinum* — D.C.I.*). Cyano-3-(hidroxy-4''-piperidino-(-3'- propyl)-10 phenotiazinum* sol. 4% *(p.o.)*. Flacon a 10 ml; 1 picătură = 1 mg principiu activ. Pr. med. Capsulele nu au indicații în practica medicală curentă a copilului și a adolescentului.

Scanned with OKEN Scanner

Derivat fenotiazinic care, deşi în experiment denotă unele acţiuni pe S.N.C., S.N.V., sistemul cardiovascular etc., întrucîtva comparabile cu acelea ale clorpromazinei, nu a fost folosit în acest sens în clinica umană. În schimb, acţiunile psihotrope la om dovedesc o acţiune electică asupra tulburărilor de caracter şi comportament.

Fen. sec.: sînt întrucîtva comune cu cele produse de alte neuroplegice fenotiazinice, dar sînt mai discrete şi mai rare. Rareori impun oprirea tratamentului; de obicei cedează spontan sau printr-o nuanţare a posologiei sau sub efectul medicaţiei corectoare.

Sînt cunoscute: 1) tulburările ritmului veghe-somn sînt cele mai frecvente (somnolenţă diurnă sau insomnie nocturnă asociată uneori cu somnolenţă diurnă; 2) hipotensiune arterială cu manifestări clinice discrete (ameţeli, stare de rău); excepţional tahicardie, paloare, tendinţe lipotimice; 3) manifestări neurologice asociate (ca şi la alte neuroplegice). Sînt foarte rare (sindrom akineto-hipertonic, sindrom de nelinişte, crize excitomotorii).

Ind.: tulburări de caracter şi comportament la copii normali şi nevrotici; tulburările de caracter simptomatice sau sechelare ale afecţiunilor neurologice sau psihiatrice.

C.ind.: ale fenotiazinelor (vezi Clordelazin). Copii sub 1 an.

D.u.: posologia va fi individuală, adaptată fiecărui bolnav. Se va începe deci cu doze mici, apoi lent progresive, pînă ce se ajunge la doza utilă. Se va începe cu o priză seara; în zilele următoare, doza zilnică va fi împărţită în 2—3 prize, în timp ce priza de seară rămîne în principiu mai importantă.

Copii 1—5 ani: 1 pic. prima seară; se va creşte cu 1 pic./zi pînă la 5—7 pic./zi; copii 5—10 ani: se începe la fel, dar se poate ajunge pînă la 7—10 pic./zi; copii peste 10 ani: 2 pic. prima seară; se poate ajunge la 10—15 pic./zi.

După obţinerea efectului terapeutic se poate încerca treptat o reducere a dozei utile. Tratamentul va fi în general progresiv oprit.

Precauţii. Febra şi infecţiile scad toleranţa pentru Neuleptil. Bolnavii epileptici trebuie să primească tot timpul terapie anticomiţială.

Nicetamid (D.C.I.). *Diethylamidumpiridin-β-carbonicum* 0,25 g p.1 fiolă a 1 ml p. inj. *i.m., s.c.,* eventual *i.v.* Cutie cu 5 fiole. Sol. apoasă 0,25% p.uz intern. Flacon cu 10 ml. Fiolele de 5 ml se pot folosi în intoxicaţii, cînd sînt necesare doze mari. Stimulează sistemul nervos central, dozele mari fiind convulsivante.

Analeptic respirator, mai activ cînd centrii sînt deprimaţi. Stimulează chemoreceptorii de la nivelul corpusculului carotidian şi mai puţin centrul respirator bulbar. Excitant diencefalic şi bulbar, mai ales al centrului vasomotor bulbar. Antagonism faţă de narcotice.

Fen. sec.: bine tolerat în doze terapeutice. Convulsii dacă posologia este prea ridicată (mai rar decît cu pentetrazol). Dozele toxice produc paralizia respiraţiei. Intoxicaţia: dacă drogul a fost ingerat: spălătură gastrică. Împotriva convulsiilor: Fenobarbital.

Ind.: insuficienţă circulatorie şi respiratorie în boli infecţioase şi intoxicaţii, cum sînt: intoxicaţia cu morfină (şi derivate), barbiturice, alcool metilic, anestezice (după restabilirea circulaţiei sînt indicate doze mici pentru a stimula respiraţia), oxid de carbon, cloralhidrat, cloroform, hioscină (scopolamină, Scobutil), *Filix mas,* derivate ale petrolului. Reanimare în acci-

Scanned with OKEN Scanner

dente. *C. ind.:* insuficiența circulatorie de origine periferică, convulsii, narcoză profundă cu cloroform.

D.u.: pro dosi: I: 5—10 pic. sau 0,25 ml; II: 10—15 pic. sau 0,5 ml; III: 20—30 pic. sau 1 ml; dacă starea impune, doza poate fi crescută pînă la dublul dozelor citate. Administrarea va fi repetată cînd este nevoie. În unele intoxicații: 0,1 ml/kg/doză sau 3 ml/M²/doză, *i.v., i.m.*

Nidacil Acetildigitoxină, sol. p. uz intern. Flacon cu 10 ml (1 ml = 70 pic. = 1 mg acetildigitoxină). Fiole de 0,2 mg/2 ml *(i.v.)*, cutii 6 fiole. Supozitoare a 0,5 mg/supozitor, cutie cu 6 supozitoare. Pr. med. Vezi Acylanide.

Nilfan *(Chloropyraminum* — D.C.I.*). N-(β-dimethylaminoethyl) N-parachlorbenzyl-(α-aminopiridinum) hidrocloricum* 25 mg p.1 drajeu *(p.o.)*. Flacon cu 20 drajeuri. Cloropiramină 0,01 g p.1 supozitor. Cutie cu 6 supozitoare. Pr. med.

Derivat clorat al piribenzaminei, este un antihistaminic bine tolerat. Spre deosebire de Romergan (vezi pentru generalități), are slabe efecte sedative („antihistaminic pentru zi").

Fen. sec.: greață, ameteli și o ușoară oboseală cu tendință la somn sînt rare și dispar prin reducerea posologiei sau oprirea medicației.

Ind.: vezi Romergan (în afară de indicațiile care reies din acțiunea sedativă). Efecte bune în „răul de mișcare", pentru că deprimă reflexele labirintice. *C. ind.:* vezi Romergan. Copii sub 7 ani.

D.u.: p.o.: 7—10 ani: 1—2 drajeuri/24 ore; 10—15 ani: 2—3 drajeuri/24 ore. Drajeurile se înghit întregi, după mese. *Supozitoare* (copii 7—15 ani): 2—3/zi.

Nitrofurantoin (D.C.I.). *N-5 (nitro-2-furfuryliden)-1 aminohydantoin* 0,10 g p.1 compr. Flacon cu 30 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Chimioterapic cu acțiune selectivă asupra infecțiilor bacteriene ale tractului urinar. Spectrul este larg, inclusiv unele tulpini de *Proteus*. Resorbția enterală este rapidă; acțiunea antibacteriană începe în tubii renali, iar concentrația în urină este importantă. Deoarece nu are o concentrație semnificativă în sînge și parenchimul renal, nu este indicat în pielonefrita acută. Fiind un acid slab este mai activ în mediu acid.

Fen. sec.: în general bine tolerat. Dacă apare tendința la vărsături, se vor fracționa dozele. Tulburările digestive includ greață, vărsături, diaree. Sînt rare alergiile manifestate prin cefalee, febră și/sau erupție. Rareori, complicații hematologice. Colorația cafenie a urinii nu are semnificație clinică.

Ind.: pielonefritele cronice produse de germenii sensibili la nitrofurantoin. Procentul de recăderi este important.

D.u.: tratament inițial: 5 mg/kg/24 ore, repartizat în cursul zilei (în 3 prize, în cursul sau după mese), timp de 5—7 max. 10 zile.

Tratamentul de întreținere: 2 mg/kg/zi, timp de săptămîni și luni. Este preferabil ca urina să fie menținută la un pH acid.

Nizotin *(Ethionamidum* — D.C.I.*)*. Thionamida acidului α-etilizonicotinic 250 mg p.1 drajeu. Flacon cu 100 drajeuri *(p.o.)*. 50 mg p.1 supozitor p. copil. Cutie cu 6 supozitoare. 250 mg p. 1 supozitor p. adult. Cutie cu 6 supozitoare. Pr. med.

Scanned with OKEN Scanner

Tuberculostatic de releu, a cărui eficienţă este încă frecventă; este considerat ca avînd prima indicaţie în această privinţă.

Fen. sec.: doza utilă este apropiată de doza maximă, deci va fi administrată şi va fi urmărită cu multă atenţie. Accidentele neurologice, psihice şi digestive sînt comune tuturor derivaţilor izoniazidei. Calea orală favorizează tulburările gastrointestinale.

Ind.: asocierea HIN + streptomicină + etionamidă este indicată ca schemă iniţială la tuberculoze primare grave, la tuberculoze provenite din focare cu sursă de infecţie tratată, la bolnavi care necesită corticoterapie. Etionamida este indicată (alături de alte 1—2—3 tuberculostatice, din care cel puţin unul major) atunci cînd este impusă de antibiograma B.K. la bolnavii la care s-a putut cultiva germenul.

D.u.: 20 mg/kg/zi; nu se va depăşi 0,75 g/zi la adolescent. Calea curentă de administrare este *p.o.* şi doza zilei va fi împărţită în 2—3 prize.

Noraminophenazonum subst. *(p.o.).* Vezi Algocalmin.

Norartrinal *(Levarterenolum bitartaricum* — D.C.I.). Noradrenalină. *1-(3,4-Dihydroxyphenyl)-aminoethanol bitartaricum* 2 mg (sol. 2‰) p.1 fiolă a 1 ml. Cutie cu 10 fiole. 4 mg (sol. 4‰) p.1 fiolă a 1 ml. Cutie cu 10 fiole. Poate fi utilizată *i.m.*, în perfuzie *i.v.* şi chiar *s.c.* Pr. med.

Formată în neuronii adrenergici, este principalul mediator chimic al nervilor simpatici. Proprietăţile sînt similare cu ale adrenalinei, îndeosebi acţiunea vasoconstrictorie periferică, scurtă şi bruscă, care se poate reînnoi la infinit. Dar acţiunile sale inhibitorii sînt mai puţin importante şi simpaticoliticele îi diminuează efectul, dar nu-l inversează (simpaticomimetic imperfect).

Fen. sec.: ale adrenalinei, dar mai puţine şi mai discrete.

Ind.: unele stări de şoc (toxiinfecţios, al intoxicaţiilor). Adaos la anestezia locală. *C. ind.:* vezi Adrenalină.

D.u.: i.m., sol. 2‰: 0,25—1 mg o dată (după vîrstă: sugari, 0,05—0,1 ml; copii 2—6 ani; 0,1—0,2 ml; copii 7—15 ani, 0,25—0,5 ml).

Perfuzie *i.v.:* 1 ml soluţie 2‰ se diluează în 250 ml ser glucozat 5% (eventual şi cu un adaos de ser fiziologic). Se va perfuza la început cîte 0,5 ml/min., deci bolnavul primeşte 4 γ/min., sub controlul permanent al presiunii arteriale (uneori este necesar să se crească viteza de perfuzare pînă la 1 ml/min.). Oprim perfuzia cînd presiunea se stabilizează la un nivel convenabil.

Adaos la anestezia locală: 1—2 pic. sol. 1‰/10 ml.

Novobiocin (D.C.I.). *Novobiocinum* 250 mg/1 compr. Tub cu 20 compr. *p.o.* Pr. med. Term. val.

Antibiotic ce nu este inactivat de acizi, deci activ pe cale orală; se absoarbe repede din intestin, dar în proporţie variabilă. Se concentrează în bilă. Difuziunea este slabă în ţesuturi, pleură, peritoneu şi nulă în L.C.R. Concentraţia din urină este similară cu cea din sînge; 30% se elimină prin materiile fecale. Spectrul de acţiune: acţiune moderată asupra stafilococilor, mai slabă asupra celorlalţi coci grampozitivi. Bacteriostatic şi bactericid; rezistenţa se instalează repede.

Fen. sec.: poate produce icter nuclear la nou-născuţi. Accidentele de sensibilizare (febră, erupţie, eozinofilie) nu sînt rare; neutropenia are poate

Scanned with OKEN Scanner

același mecanism; rar tulburări digestive, hematurie, neutropenie. Poate colora tegumentele în galben.

Ind.: infecții stafilococice; este din ce în ce mai puțin utilizat, deoarece eficacitatea clinică este redusă, iar toleranța este mediocră. *C. ind.:* prima lună de viață.

D.u.: 20—50 mg/kg/24 ore (la 6 ore) la copii peste o lună. Se va controla hemograma la fiecare 3—4 zile.

Novodrin inhalant. Sulfat de *1-3,4-dioxyphenileta nolisopropylamin.* Flacon cu 10 ml sol. 1% p. inhalații. Pr. med. Această soluție nu poate fi administrată *p.o.* Produsul este identic cu Bronhodilatin.

Simpaticomimetic (derivat al adrenalinei) cu efecte vasodilatatorii.

Fen. sec.: la dozele mai mari sau la bolnavii sensibili se observă palpitații și tahicardie de scurtă durată.

Folosirea repetată a drogului provoacă la unii bolnavi tendință la obișnuință; la alții se poate ajunge la „astmul adrenalinic".

Ind.: astm bronșic (la debutul crizei). *C. ind.:* boli cardiace organice.

Mod de administrare: 0,5—1 ml p. inhalație cu aparate speciale, datorită cărora particulele pot fi de numai cîțiva microni. Respirația trebuie să fie calmă și profundă. Expirația trebuie să fie în special profundă, ca drogul să poată pătrunde adînc la următoarea inspirație profundă. Criza poate fi oprită după cîteva inhalații, alteori sînt necesare cîteva minute.

Novurit *(Mercurophyllinum natricum* — D.C.I.*).* Amestec de *methoxyhidroxymercuripropylamid, trimethylcyclopentandicarboxyl-Na* 10%, *Theophyllinum* 5% p.1 fiolă a 1 sau 2 ml, p. inj. *i.v.* sau profund *i.m.* Pr. med.

Diuretic mercurial (inhibă reabsorbția tubulară a apei, a sodiului și a clorului), este absorbit repede fiind administrat pe cale parenterală (acțiunea este favorizată și de asocierea cu teofilina). Mercurofilina se combină cu albuminele plasmei și eliminarea drogului necesită o bună funcție hepatică.

Fen. sec.: rare în ansamblu; mai frecvente cînd produsul este injectat *i.v.:*

— tulburări gastrointestinale;

— reacții alergice (febră, erupții, astm, uneori stare de șoc);

— diureza excesivă determină hemoconcentrația (la bolnavii digitalizați semne de intoxicație digitalică), hiponatremie, hipocloremie, hipokaliemie și alcaloză metabolică;

— hidrargirism dacă administrarea este îndelungată (mai ales stomatita mercurială).

Ind.: insuficiență cardiacă cu edeme. *C. ind.:* insuficiență renală (îndeosebi nefrită acută și cronică avansată). Ciroză hepatică cu atingere importantă a funcțiilor renale.

D.u.: la adulți: 1—2 ml la 4—7 zile profund *i.m.* sau *i.v.;* la copii: 0,3—1 ml, după vîrstă. Este indicat ca eficacitatea și toleranța produsului să fie testate printr-o primă injecție cu doză redusă. Administrarea alternativă (nu concomitentă) de acetazolamidă scade riscul perturbărilor electrolitice.

Noxyron *(Glutethimid* — D.C.I.*). α-Ethylphenylglutarimid* 0,25 g p. 1 compr. Tub cu 10 compr. *(p.o.).*

Hipnotic și sedativ nebarbituric, a cărui acțiune începe la 10—15 minute după ingestie și al cărui efect are o durată mijlocie (5—7 ore). Este rapid

Scanned with OKEN Scanner

metabolizat în organism, de aceea dimineața la trezire lipsește somnolența și amețeala. Nu se acumulează; este total eliminat în 24 ore și nu provoacă obișnuință.

Fen. sec.: pot apărea rar greață și exanteme. În doze terapeutice nu influențează centrii respiratori sau temperatura corpului.

Ind.: insomnie (la începutul și mijlocul perioadei de somn). Dozele mici reduc starea de tensiune, iritabilitatea, anxietatea și ameliorează psihonevrozele. Sedare preoperatorie. *C. ind.:* copii sub 7 ani.

D.u.: III: 1/2—1 compr. (după vîrstă) cu 30 minute înainte de culcare. Pentru sedare diurnă: 1/4 compr. × 2—3/zi.

Nozinan *(Levomepromazina — D.C.I.). Laevomethoxy-3-(methyl-2' dimethylamino-3'-propyl)-10-phenotiazin.* Fiole a 1 ml (= 25 mg p. inj. *i.m.*). Compr. a 25 mg. Flacon a 100 compr. Au indicații în neuropsihiatria infantilă. Vezi Levomepromazin.

Nystatinum subst. *(ext.).* Vezi Micostatin.

Ind.: unguent p. micoze cutanate.

D.u.: 500 000 u./g.

Odiston. Sarea metilglucaminică a acidului N, N'-diacetil-3,5-diamino-2,4,6-triiodbenzoic p.1 fiolă 20 ml sol. apoasă inj. 30 sau 60 sau 75% (+ 1 fiolă test a 1 ml). Pr. med.

Substanță de contrast pentru explorarea radiologică a căilor urinare, a vaselor sanguine și a cavităților inimii.

Fen. sec.: vezi Ioduron.

Ind.: urografie, pielografie, cistografie, arteriografie, flebografie. *C. ind.:* hipersensibilitate la iod, hepatopatii și nefropatii grave, hipertiroidie, tuberculoză pulmonară evolutivă, discrazii sanguine (mai ales anemii hemolitice), reacții alergice în antecedente.

Mod de administrare și *precauții:* vezi Ioduron.

Pentru urografie: posologia la copii este de 5—15 ml sol. 75% *i.v.* (în funcție de vîrstă).

Oleum gomenolatum 1%. *Oleum niaouli* 1 g, *Oleum helianthi* 99 g *(ext.).* Sol. 2% nu se folosește la copii. Slab dezinfectant și emolient.

Fen. sec.: ale corpilor grași instilați la sugari și copii mici.

Ind.: rinofaringită acută. *C. ind.:* copii sub 7 ani. *D.u.* (III): se instilează cîte 2—3 pic. în fiecare narină, de 2—3 × /zi, cel mult 7 zile.

Oleum jecoris. Ulei de pește *(p.o., ext.)* obținut din ficatul peștelui *Gadus morrhua;* conține aproximativ 80 000 u. vitamină A și 8 000—20 000 u. vitamină D_3/100 g produs.

Fen. sec.: uz intern: ale grăsimilor (greață, anorexie, vărsături, diaree cînd sînt ingerate în cantitate excesivă); la sugari poate lesne provoca o dispepsie; este posibilă și o pneumonie lipoidică, chiar dacă pătrund în plămîn cantități minime.

Ind.: rahitism (este un medicament depășit, dat fiind concentrația redusă de vitamină D și cantitățile mari necesare; rezultatele sînt mediocre, incerte și efectele secundare frecvente. *C. ind.:* sugari.

D.u.: copii peste 1 an: profilaxie: 1 linguriță/zi, 20 zile/lună, timp de 4—5 luni, începînd din octombrie-noiembrie. Tratament: nu este indicat.

Ext.: în unguente.

Scanned with OKEN Scanner

Oleum mentholi 1%. *Mentholum* 1 g, *Oleum helianthi* 99 g *(ext.)*. Pe lîngă efectele secundare ale corpilor graşi instilaţi în nas la sugari şi copii mici menţionăm şi pericolul mentolului (p. 329).

Ind.: afecţiuni cronice rinofaringiene, rinită hipertrofică. *C. ind.:* copii sub 7 ani.

Mod de administrare: (III): se instilează cîte 1—2 pic. în fiecare narină, de 2—3 ori/zi, cel mult 7 zile.

Oleum ricini subst. *(p.o.)*. Laxativ şi purgativ activ prin gliceridele acidului ricinoleic hidrolizate în intestin sub forma ricinoleatului de sodiu. Acţiunea este relativ rapidă (după 2—6 ore), blîndă şi sigură. Se obţine o temeinică evacuare a conţinutului intestinal.

Ind.: constipaţie spastică. Uneori şi (II, III) la debutul unei enterite acute toxiinfecţioase. *C. ind.:* abdomen acut, sugari.

D.u.: II, III: 1 linguriţă — 1 lingură (după vîrstă).

Oncovin *(Vincristinum* — D.C.I.) Sulfat de vincristină 1 şi 5 mg p. 1 flacon (cu o fiolă de dizolvant a 10 ml) p. inj. *i.v.* Pr. med.

Alcaloid oncolitic, care determină remisiuni în leucoza copilului. Extras din aceeaşi plantă ca vinblastina, formulele constitutive diferind foarte puţin.

Fen. sec.: toxicitatea este importantă şi dependentă de doză. Ordinea descrescîndă a frecvenţei accidentelor: epilaţie, constipaţie, dispariţia reflexelor tendinoase profunde, colici abdominale, dureri nevritice, leucopenie, ataxie, scădere în greutate, febră, paralizii de nervi cranieni, parestezii etc. Paraliziile nervilor periferici şi centrali, ataxia, constipaţia foarte severă impun oprirea tratamentului. Insomnia şi alte tulburări minore cedează la scăderea dozelor.

Ind.: leucemie acută limfoblastică (după ce s-a instalat rezistenţa la ametopterină şi 6-MP). Unii prescriu vincristina de la început pentru că remisiunea este obţinută repede (după 2—4 săptămîni) la aproximativ 50% din bolnavi şi la 90% cînd este asociată cu Prednison; remisiunea durează aproximativ 2 luni.

D.u.: aproximativ 0,1 mg *i.v.*/kg o dată/săptămînă, pînă la obţinerea remisiunii; după unii 0,025—0,05 mg *i.v.*/kg, o dată/săptămînă. Drogul este diluat cu solventul original (diluţie 0,01—0,1 mg/ml). Injecţia trebuie făcută strict *i.v.*, în aproximativ 1 minut. Soluţia poate fi păstrată la + 4° timp, de 14 zile, fără a-şi pierde eficacitatea.

Oxacilin. *5-Methyl-3-phenyl-4-isoxyzolyl penicillinum* 250 mg p. 1 capsulă a 250 mg. Flacon cu 50 capsule. Fiole a 250 mg. Pr. med.

Penicilină de semisinteză, stabilă în mediul acid (poate fi administrată *p.o.)* şi rezistentă la penicilinază (activă în infecţiile produse de stafilococi secretori de penicilinază).

În raport cu alte peniciline semisintetice active asupra stafilococilor secretori de peniciliniaze, utilizarea Oxacilinei ar fi relativ restînsă, deoarece 85% din penicilina ajunsă în sînge se leagă de proteine; eficacitatea clinică este totuşi satisfăcătoare.

Fen. sec.: alergia la penicilină. Poate provoca gastroenterită.

Ind.: infecţii produse de stafilococii secretori de penicilinază, care inactivează alte peniciline. *C. ind.:* bolnavii alergici la pelicilină; ca şi meticilina,

cloxacilina, dicloxacilina și oxacilina este puțin activă (1/10 în raport cu penicilina G) asupra cocilor grampozitivi sensibili la aceasta și foarte puțin activă sau inactivă asupra *Streptococcus faecalis*.

D.u.: tratamentul trebuie început cu forma injectabilă (dacă infecția este gravă) și continuat *p.o.* cînd infecția este stăpînită (după 3—6 săptămini de tratament în osteomielită, de exemplu).

Infecțiile moderate pot fi tratate de la început *p.o.*

Tabelul 18

Posologia Oxacilinei

Calea de administrare	Nou-născuți	Sugari — Copii 2 ani	Copii peste 2 ani
i.m.	15 mg/kg la fiecare 8 ore	25 mg/kg la fiecare 6 ore	500 mg-1 g la fiecare 6 ore
p.o.	6,25—12,5 mg la 6 ore		12,5—25 mg/kg la fiecare 6 ore

Oxiflavil. *Aethylum flavon-7-oxiaceticum* 0,015 g p. un compr. Flacon cu 40 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Cromoflavonă cu efect vasodilatator (are deci și acțiune diuretică) și spasmolitic asupra musculaturii bronhiilor.

Fen. sec.: rare și reduse, fiind foarte puțin toxic; la unii, ameteli, anorexie, greață, vărsături.

Ind.: insuficiență coronariană, bronșită astmatiformă, tuse convulsivă. *C. ind.:* tromboze coronariene.

D.u.: II, III: 2—6 compr./zi.

Oxiuran *(Methylrosanilinum chloratum* — D.C.I.). *Pentamethylpararosanilinum* (violet de gențiană sau violet de metil) 0,01 g p. 1 drajeu p. copii. Cutie cu 100 drajeuri keratinizate (drajeurile a 0,025 g sînt pentru adulți Pr. med.

Această formă este utilizată ca antihelmintic (oxiuri, *strongiloides)*. Drogul irită mucoasa gastrică, se absoarbe puțin și se elimină mai ales prin fecale, pe care le colorează în violet. *Fen. sec.:* anorexie, greață, vărsături, dureri abdominale, diaree; rar: ameteală, cefalee, astenie, constipație.

Ind.: oxiurază (puțin utilizat), strongiloidoză. *C. ind.:* afecțiuni gastroduodenale, enterocolite, insuficiență renală (sau hepatică). Coexistența ascaridiozei. Copii sub 3 ani.

D.u.: oxiurază: copilul (peste 3 ani) va primi/zi atîtea centigrame (deci atîtea drajeuri a 0,01 g) cîți ani are (vîrsta aparentă apreciată pe baza greutății corporale), fără a depăși 0,10 g/zi. Doza zilei este împărțită în 3 prize. Drajeurile vor fi înghițite întregi, cu 1/2 oră înainte de mese, cu multă apă bine îndulcită. Cura constă din trei cicluri a 5 zile de tratament, la intervale de 7 zile. Eficacitate: 60—80%. Sînt obligatorii și măsurile citate la p. 179. Strongiloidoză: cură de 15 zile, cu cîte 15 mg/an/zi, împărțite în 3 prize (ca mai sus).

Scanned with OKEN Scanner

Precauții: Examen de urină înaintea tratamentului. În timpul tratamentului, vor fi excluse alte medicamente, alimentele prea grase și alcoolul. Drajeurile nu vor fi sfărîmate, deoarece drogul este foarte iritant pentru mucoasa gastrică. Dacă se observă semne de intoleranță, tratamentul poate fi oprit 2—3 zile și la reluare poate fi bine suportat; în caz contrariu, se va trece la alt medicament.

Laxative în caz de constipație.

Oxigenium. Oxigen farmaceutic, conținînd 98—99% oxigen pur.

Metode de administrare: 1. Prin sondă nazală. O sondă uretrală Nélaton nr. 8, 10, 12 (după vîrstă), prevăzută cu cîteva orificii la extremitate și lubrifiată cu cîteva picături de glicerină, poate fi introdusă:

— în nazofaringe (4—6 ani), urmînd a se realiza o concentrație de oxigen de 20—30%, cu un debit de 6 litri/min;

— în orofaringe, urmînd a se realiza o concentrație în oxigen de 30—40% cu un debit de 6 litri/min. Sonda trebuie scoasă și curățită la fiecare 2—4 ore.

Deși aerul este umidificat, se produce adesea o iritație a mucoasei nazale și sonda trebuie trecută în cealaltă nară la fiecare 12 ore.

2. Cortul de oxigen poate realiza o concentrație în oxigen de 40—50%, cu un debit de 10—15 litri/min. Există pericolul acumulării de CO_2.

Ind.: Oxigenoterapie.

A. În anoxie:

a) oxigenare insuficientă a plămînilor normali, insuficiența mușchilor respiratori, astm bronșic, corpi străini în căile respiratorii (și dezobstruare);

b) oxigenare insuficientă a plămînilor anormali: pneumonopatii, edem pulmonar, pneumotorax deschis;

c) anoxie de origine circulatorie: insuficiență cardiacă, stare de șoc;

d) anoxie histotoxică: intoxicații cu CO_2, barbiturice, anestezice.

B. În afara anoxiei:

a) cefalee după encefalografie gazoasă;

b) embolie gazoasă;

c) pneumotorax spontan;

d) ocluzie intestinală.

Fen. sec.: traheobronșită (poate fi prevenită parțial prin inhalarea vaporilor de apă — pericol de atelectazie pulmonară în caz de obstrucție bronșică). Oxigenoterapia este periculoasă la anoxicii cronici cu retenție de CO_2.

PAH (Renotest). Natriu paraaminohipuric 2 g pentru 1 fiolă a 10 ml. Cutie cu 3 fiole p. inj. *i.v.*

Substanță-test pentru explorarea funcției renale *(clearance)*.

Fen. sec.: bine tolerat.

Ind.: determinarea fluxului plasmatic renal și fluxului sanguin renal total în nefropatii acute și cronice. *C. ind.:* insuficiență cardiacă sau renală gravă.

D.u.: pentru determinarea *clearance*-ului PAH se injectează *i.v.* 10 mg/kg apoi se perfuzează 15 mg/min./1,73 M². La sugarii și bolnavii cu insuficiență renală se face numai o perfuzie cu 5—10 mg/min./ 1,73 M².

După 1 oră se obține o concentrație plasmatică constantă de 2—3 mg PAH%.

Scanned with OKEN Scanner

Precauții. Nu se vor folosi concomitent anestezice locale ca procaina, nici sulfamide, care falsifică rezultatele.

Panthenol. Alcoolul acidului pantotenilic 0,10 g pentru 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*. Alcool pantotenilic 0,50 g p. 1 fiolă a 2 ml. Cutie cu 3 sau 10 fiole *(s.c., i.m, i.v., l.)* Pr. med.

Acidul pantotenilic este un factor vitaminic din complexul B. El mărește proporția de coenzimă A cu rol în formarea acetilcolinei și care stimulează tonusul intestinal. Fiind epitelizant ar influența favorabil și manifestările inflamatorii ale tractului respirator.

Ind.: atonie intestinală, mai ales postoperatorie; hepatopatii; afecțiuni inflamatorii ale mucoasei bucale, ale căilor respiratorii superioare; local: răni, arsuri, dermatite, dermatoze.

D.u: II, III: *p.o.:* 2—6 compr./zi (de supt). *S.c., i.m., i.v.,* 1 fiolă/zi. *Local:* conținutul fiolei poate fi aplicat ca atare, diluat: 1:1 utilizat pentru pomezi 5%.

I: 75—125 mg *i.m.* la fiecare 4 ore în atonia intestinală.

Pantotenat de calciu. *Calcium panthotenicum* 0,50 g/1 fiolă a 5 ml sol. apoasă inj. 10% *(i.m.)*. Factor vitaminic din grupul B.

Ind.: hepatite cronice, colite, bronșite cronice, alterații ale mucoaselor și ale pielii, arsuri, în tratamentele lungi cu antibiotice.

D.u.: 2—5 ml *i.m.*/zi.

Papaverină. *Papaverinum hydrochloricum* 0,04 g/1 fiolă a 1 ml sol. aposă injectabilă. Cutii cu 10 fiole *(s.c. i.m., i.v.)*. Subst. *(p.o., r.)* Pr. med.

Alcaloid izochinoleinic al morfinei, antispasmodic musculotrop, activ mai ales asupra spasmelor intestinale, ureterale și veziculare; vasodilatator (ușor efect hipotensor); acțiune slabă asupra mușchiului cardiac, analogă cu aceea a chinidinei. Spre deosebire de alți alcaloizi ai morfinei, are puțină influență asupra sistemului nervos. Acțiunea fiind directă asupra fibrelor netede, nu creează obișnuință.

Fen. sec.: mai reduse decît la spasmoliticele din grupul atropinei, îndeosebi dependente de doză: greață, cefalee, transpirații, atonie gastrointestinală; atonia căilor urinare (cu pielonefrită secundară). Inj. *i.v.* prea rapidă poate determina tulburări de ritm cardiac, chiar fibrilație ventriculară.

Ind.: stenoza hipertrofică și spasmul piloric; colici hepatice și renale, embolii, extrasistole. *C. ind.:* disociație atrioventriculară completă.

D.u.: se va începe în general cu doze mici, care pot fi crescute, în funcție de toleranță și eficacitate.

Ca o indicație generală: 0,025 g/an/24 ore *(p.o.)* în 4 prize. În spital se poate utiliza posologia 6 mg/kg/24 ore sau 200 mg/M²/24 ore, de divizat în 4 doze *(p.o., s.c., i.m.)*

I.v. în urgențe, injectare lentă (5—10 minute), sol. fiind diluată cu ser izotonic glucozat.

Parafinum liquidum, ulei de parafină, subst. *(p.o.)*. Laxativ prin lubrifierea bolului fecal.

Ind.: constipație. *C. ind.:* împiedică absorbția vitaminelor liposolubile.

D.u.: 1—2 linguriță/zi, la mijlocul unei mese.

Scanned with OKEN Scanner

Paraflex *(Chlorzoxazonum — D.C.I.) Chloro-5-hydroxy-2-benzoxazol* 250 mg 1 compr. *(p.o.)*. Tub cu 20 compr. Pr. med.

Miotonolitic care, prin intermediul arcurilor reflexe polisinaptice, acționează la nivelul măduvei spinale și blochează impulsurile nervoase responsabile de stări dureroase de tensiune a musculaturii scheletice. Scade tonicitatea musculară și deci durerile provocate de acesta, permițînd o ameliorare a mobilității.

Fen. sec.: dozele terapeutice sînt bine tolerate (fără efecte psihosedative) și permit o utilizare îndelungată. La bolnavii sensibili pot apărea: pirozis, diaree, constipație.

Ind.: rigiditate musculară dureroasă în cursul afecțiunilor reumatismale inflamatorii, cronice, degenerative și a traumatismelor. Poate fi util în paraliziile spastice. *C. ind:* sugari.

D.u.: 1—2 ani 1/4 —(1/2) compr. × 3—4/zi, 3—6 ani 1/2—(1) compr. × 3—4/zi; 7—14 ani: 1 compr. × 3—4/zi. Toleranța bună și lipsa de fenomene secundare sanguine, hepatice și renale permit cure îndelungate.

PAS. *Natrium paraaminosalicylicum* 0,41 g, corespunzînd la *acidum paraaminosalicilicum* 0,30 g p. 1 drajeu. Flacon cu 100 drajeuri. *Natrium paraaminosalicilicum* 250 sau 500 g pentru 1 flacon pulbere pentru perfuzii. Pr. med.

Chimioterapic cu acțiune moderată, bacteriostatică, asupra bacilului tuberculos uman. Absorbție rapidă și bună pe cale digestivă, difuzează bine în organism, în lichidul pleural (slab în L.C.R.); se elimină repede prin rinichi. Rezistența se stabilește încet (3—6 luni) și este considerabil încetinită prin asocierea cu alte tuberculostatice. Deoarece intră în competiție cu HIN în mecanismul de acetilare hepatică, este probabil (cel puțin la inactivatorii rapizi de HIN) că ar permite menținerea unor niveluri mai ridicate de izoniazidă.

Administrarea *i.v.* produce niveluri înalte și evită (nu totdeauna) tulburările digestive; ar stimula producerea de ACTH.

Fen. sec.: toxicitatea este redusă. Tulburările gastrointestinale (senzații de plenitudine, anorexie, greață, eructații, epigastralgii, vărsături, diaree pot fi frecvente, dar mai rar implică oprirea tratamentului; pot fi combătute prin administrarea drogului la mese, poate și cu medicație antispastică și alcalină. Manifestările alergice (febră, cefalee, exanteme, edem Quincke) sînt rare.

Vitamina K (1—2 fiole/săptămînă) poate combate hipoprotrombinemia. Excepțional poate apărea gușe, eventual și cîteva semne de mixedem. Perfuziile endovenoase pot provoca iritații endovenoase, lipotimii.

Ind.: în sine este un tuberculostatic minor, dar avantajele care decurg din asocierea lui (cu HIN mai ales) îl așază între tuberculostaticele curente (majore, de gradul I); va fi administrat totdeauna asociat cu alte tuberculostatice fie în chimioprofilaxie (după unii specialiști și la unii bolnavi) fie în tratamentul majorității formelor de tuberculoză.

D.u.: p.o. se utilizează doze mari, 0,20 g acid paraaminosalicilic/kg/24 ore sau 8 g/M²/24 ore, dar fără a întrece 12 g/zi. Deși rapida eliminare și mediocra sa reputație în ceea ce privește tulburările digestive ar sugera divizarea dozei de PAS în multe prize pe zi, argumente teoretice și practice

Scanned with OKEN Scanner

par să confirme că drogul este mai eficace și mai bine tolerat cînd este administrat în 1—2 prize/zi, în timpul meselor. Durata tratamentului, de obicei cel puțin 1 an; *i.v.:* nu există deplin acord asupra concentrației de PAS în perfuzie și asupra ritmului de administrare. Rezultate bune pot fi obținute cu 4—5 pînă la 8—10 g PAS în concentrație de 6% și perfuzate în decurs de 30—45 minute (unii utilizează concentrația de 3%, perfuzarea avînd un ritm rar de cîteva ore). Soluția va fi proaspăt preparată.

Penbritin sin.: Ampicilină. 250 mg ampicilină pentru o capsulă. 250 și 500 mg ampicilină pentru un flacon-fiolă pentru calea *i.m., i.v., i.r.* Pr. med. Term. val. Pentru generalități vezi Ampicilină.

Ampicilina va fi folosită parenteral numai dacă este contraindicată calea bucală și anume în caz de: vărsături frecvente; absorbție defectuoasă datorită unei operații intestinale; stare de șoc, comă; infecții foarte grave, la care este necesar să se obțină repede un efect terapeutic.

Concentrațiile terapeutice sînt atinse după 1/2 oră; 60% din doza injectată este eliminată pe cale urinară în decurs de 6 ore. Important: ampicilina injectabilă nu este stabilă în soluție, prin urmare soluția preparată pentru inj. *i.m.* trebuie folosită imediat sau în cel mult 6 ore (ținută la rece). După diluare în lichidul de perfuzie, soluția respectivă poate fi administrată timp de 8 ore, dar trebuie înlocuită imediat cu alta proaspăt preparată dacă se tulbură. Flaconul va fi agitat puternic după ce s-a adăugat solventul.

Posologie: în general 25—50 mg *(i. m., i.v.)* /kg/24 ore, în 4—6 injecții. *I.m.* se adaugă 1,5—3 ml apă distilată/1 flacon 250—500 mg. *I.v.:* soluția poate fi injectată încet *i.v.* (conținutul flaconului va fi diluat cu 10—20 ml apă distilată) sau adăugată într-o perfuzie. *I.r.:* soluția va fi pregătită în condiții de aspesie riguroasă. Au fost obținute la sugari și copii mici rezultate satisfăcătoare cu 3—5 mg injectate o dată/zi.

Penicilină G potasică cristalizată *(Benzylpenicillinum kalium* — Ph.I.). *Penicillinum G crystalisatum (Kalium salt)* 200 000 u., 400 000 u., 1 000 000 u. și 5 000 000 u. (1 mg = 1 595 u.) pentru un flacon pulbere pentru administrare parenterală *(i.m., i.v.* aerosoli). Pr. med. Term. val.

Antibiotic bactericid de largă utilizare. După inj. *i.m,* absorbția este rapidă și totală. Penicilina G este inactivată de aciditatea din stomac. Concentrația sanguină este în raport cu importanța dozei și ritmul de administrare; ea sporește paralel cu creșterea dozelor, dar în relație invers proporțională cu durata concentrației sanguine. Numai perfuzia *i.v.* asigură un nivel sanguin constant pe tot timpul administrării. Concentrația sanguină minimă eficace și necesară variază cu sensibilitatea germenilor. Difuziunea este rapidă în toate țesuturile, cu excepția sistemului nervos, anumitor structuri avasculare oculare, țesuturilor necrozate și puroiului. În L.C.R. difuzează foarte puțin, ceva mai bine în prezența unei inflamații. Nivelul tisular este mai jos ca cel sanguin, dar mai constant, deci țesuturile sînt oarecum un depozit; aceasta permite injecții mai rare în cazul germenilor foarte sensibili. Penicilina nu este metabolizată în organism. Ea este eliminată sub formă activă, mai ales prin urină; în bilă are o concentrație de 3—5 ori superioară celei sanguine. Cu cît doza este mai mare, cu atît eliminarea este mai rapidă; durata nu este deci proporțională cu doza: dublarea dozei nu

Scanned with OKEN Scanner

face să crească durata efectului decît cu 1/3. Probenecidul produce o încetinire a eliminării.

Penicilinorezistența. Anumite specii microbiene și-au păstrat intactă sensibilitatea lor la penicilină: streptococii hemolitici, pneumococii, spirochetele, meningococii. Dar stafilococii, *Streptococcus faecalis* (enterococii), streptococii *viridans* prezintă tot mai des tulpini rezistente la penicilina G (secretă penicilinază); potențialul de transmisie a stafilococilor patogeni și secretori de penicilinază este adesea deosebit de ridicat, mai ales în spitale. Rezistența se instalează lent, progresiv, în scară (rezistență de tip „penicilinic"); este poate favorizată de dozele insuficiente. De obicei nu se instalează în cursul tratamentului (ca în cazul streptomicinei), bolnavul este contaminat de la început cu o tulpină rezistentă la penicilină.

Spectrul de acțiune cuprinde: 1) coci grampozitivi: streptococi β-hemolitici, pneumococi și tulpinile sensibile de stafilococi, enterococi și streptococi *viridans;* 2) coci gramnegativi: aproape toate tulpinile de meningococi, tot mai rar gonococii; 3) bacili gramnegativi (b. cărbunos, b. difteric); 4) spirochete *(Treponema pallidum, Spirocheta Obermeyer)*; 5) specii de *Actinomyces.*

Penicilina este inactivată de speciile sau tulpinile microbiene care produc penicilinază (colibacili, stafilococi etc.).

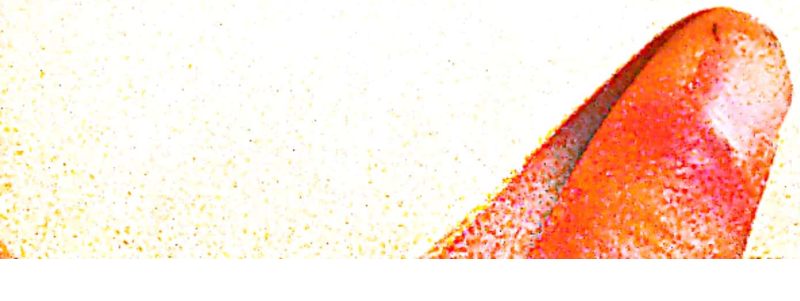
Penicilina G poate fi asociată cu sulfamide, streptomicină, novobiocină. Antagonism cu spiramicina (Rovamycine).

Fen. sec.: 1. Intoleranța locală. Dureri, inflamații la locul injecției *i.m.*: nu se va depăși concentrația de 200 000 u./ml sol.; asepsie riguroasă la dizolvare și injectare. Perfuziile *i.v.* prelungite pot produce tromboze venoase. Calea *i.r.* determină grave accidente imediate (convulsii) și tardive (meningită chimică, hemoragie meningiană, mielită transversă).

2. Penicilina nu este toxică (cu excepțiile citate), dar poate determina accidente redutabile de hipersensibilizare; acestea sînt favorizate de vîrstă (mai frecvente la adulți — 1—15%), de administrarea repetată a diferitelor forme de penicilină (mai ales pe cale cutanată și pe mucoase), de alergia la diferite ciuperci (penicilina se comportă ca un paralergen). Se poate manifesta sub mai multe forme clinice:

a) șocul anafilactic (favorizat de inj. *i.v.*) este cel mai rar, dar extrem de grav (mortalitate 10%). Tratament imediat: adrenalină 0,01 mg/kg/doză (max. 0,5 ml) *i.m.*, 1/2—2 fiole hemisuccinat de hidrocortizon *i.v.* (Supercortisol sau cortizon acetat numai în caz de lipsă), penicilinază *i.v.*, urmată de inj. *i.m.* (p. 364), oxigen, menținerea permeabilității căilor aeriene (traheotomia este uneori necesară, dar din nefericire nu asigură totdeauna permeabilizarea căilor aeriene);

b) în cursul sau după terminarea tratamentului (la zile sau chiar săptămîni) poate apărea o reacție urticariană. Dacă nu se iau măsuri, boala ia un aspect general, similar cu boala serului, însoțindu-se de artropatii, adenopatii, febră. Mai rar: erupții morbiliforme sau dermatită exfoliativă. Oprim penicilina (dacă tulburarea apare în cursul tratamentului), antihistaminice, penicilinază;



Scanned with OKEN Scanner

c) reacţii Herxheimer şi de biotropism la bolnavii cu sifilis florid: se începe de aceea tratamentul cu doze mai mici şi se creşte posologia în 3—4 zile.

3. Suprainfecţiile. Rareori (bolnavii cu rezistenţă scăzută, tratamente lungi cu doze mari) se pot instala infecţii cu *Candida albicans* (stomatite, rectite, vulvite) sau cu bacili gramnegativi. Infecţiile fungice latente (în regiunea inghinală, la picior) pot fi reactivate de penicilină.

Ind.: cînd sînt necesare concentraţii sanguine înalte şi imediate. Este antibioticul de elecţie în infecţiile cu coci piogeni (cu excepţiile citate) şi spirochete: 1) *infecţii pneumococice* (penumonie, pleurezie purulentă, meningită, septicemie); 2) *infecţii cu streptococi piogeni* (angine şi adenopatiile consecutive, pneumonie, pleurezie purulentă, endocardită subacută, angiocolită, artrită supurată, erizipel, scarlatină, ectimă, impetigo, panariţiu, celulită, abcese, flegmoane, septicemii); 3) *boli poststreptococice*, pentru eradicarea infecţiei cu streptococi β-hemolitici (reumatism, glomerulonefrite); 4) *infecţii stafilococice cu germeni sensibili*, foarte rari în prezent (furunculoză, osteomielită, mastite, plăgi, panariţiu, arsuri; stafilococie pleuropulmonară etc.); 5) *sifilis*, toate stadiile; 6) *febră recurentă*; 7) *leptospiroze*; 8) *infecţii gonococice*.

Antibiotic util în: antrax, erizipeloid Rosenbach, infecţii cu anaerobi, actinomicoză; ca protecţie în anumite situaţii (hemopatii maligne etc.).

Adjuvant în difterie şi tetanos (acţiune pur antibacteriană, nu antitoxică), în chirurgie septică (după caz).

Adjuvant în difterie şi tetanos (acţiune pur antibacteriană, nu antitoxică), în chirurgia septică (după caz).

C. ind.: *sensibilizarea la penicilină* (deci anamneză dirijată înainte de a începe orice tratament cu penicilină). Penicilina nu va fi administrată pe tegumente (pomezi, unguente) şi pe mucoase (instilaţii nazale) din cauza sensibilizării locale, nici în L.C.R. din cauza intoleranţei locale.

D.u.: posologia şi durata tratamentului vor fi riguros determinate de indicaţiile medicale, în funcţie de boală, germeni, forma clinică, ritmul de injectare etc. De obicei se recomandă 25 000—50 000 u./kg/24 ore sau 600 000 u/M²/24 ore, la 4—6 ore *i. m.* (se va dilua cu ser fiziologic 100 000 u. max. 200 000 u./ml) sau perfuzie continuă *i.v.* cu sol. 0,5%, cîte 10—20 mg/oră (90 000 u./ml sînt izotonice cu sîngele).

În cazuri grave, dozele pot fi mult mai mari, adică 300 000 (500 000) u./kg/24 ore (osteomielită, meningită, endocardită — terapia cu doze maxime); posologia peste 20 000 000 u./24 ore este inutilă. Ritmul de administrare variază în raport cu doza administrată, sensibilitatea germenului şi afecţiunea de tratat. Exemple în acestă ultimă privinţă: meningitele purulente cu germeni sensibili, pentru care sînt necesare doze foarte mari şi repartizate la început în 8—12 inj./24 ore; pe de altă parte, penicilina pătrunde mai greu în os, urechea medie, ţesuturile în care s-au produs tromboze, în puroi etc.

Ritmul de administrare: obişnuit, la 4—6 ore sau în perfuzie *i.v.* continuă. În cazul unor germeni foarte sensibili şi constant sensibili la penicilină (streptococi β-hemolitici, pneumococi) şi în forme uşoare de scarlatină şi/sau după ce boala a fost stăpînită cu ritmul la 4—6 ore, injecţiile pot fi făcute şi la 8 ore sau se vor folosi Efitard, Penicilină V, eventual Mol-

Scanned with OKEN Scanner

damin. În seroasele pleurale, pericardice și intraarticulare: 50—200 000 u. la 1—2 zile (după ce s-a extras cît mai mult puroi).

Particularități privind nou-născuții și prematurii. În primele 6—7 zile de viață, posologia este de aproximativ 30 000 u./kg/24 ore, împărțite în 2 inj. *i.m*, la 12 ore interval. *I.v.* numai în caz de colaps sau cînd masele musculare sînt insuficiente; soluția va fi bine diluată și injectată încet. Riscul infecțiilor *i.m.* trebuie reținut la acești copii. Dozele foarte mari (peste 200 000—400 000 u.) sînt inutile și trebuie reținută eventuala toxicitate a K. Deși proprietățile bactericide și lipsa de toxicitate sînt foarte seducătoare, penicilina G are indicații reduse, dacă este folosită ca unic antibiotic la acești copii, a căror infecții sînt frecvent provocate de bacili gramnegativi și stafilococi de spital.

Durata tratamentului nu poate fi schematizată; este în funcție de germeni, de localizarea și stadiul bolii etc. La majoritatea bolilor acute cu germeni sensibili sînt suficiente tratamente scurte (de 4—7 zile); se recomandă ca tratamentul să fie continuat 2—3 zile după scăderea febrei, bine înțeles în funcție și de diminuarea, dispariția semnelor funcționale și fizice. Tratamentul este de 10 zile la anginele streptococice, glomerulonefrită și reumatism Bouillaud. Tratamentele lungi durează săptămîni (în septicemii, endocardită subacută, osteomielită, supurații pulmonare).

Penicilină G sodică *(Benzylpencillinum natricum* Ph. I.). 5 000 000 u. p. 1 flacon pulbere în administrare parenterală *(i.m., i. v.)* Pr. med. Term. val.

Vezi Penicilină G potasică.

Spre deosebire de aceasta: 1 mg = 1 667 u; toleranța locală este mai bună, ceea ce permite o posologie ridicată pe o perioadă mai îndelungată; prezența ionului Na poate constitui o contraindicație la anumite nefropatii, edeme etc.

Penicilină V *(Phenoxymethylpenicillinum* — D.C.I.) 200 000 u. (120 mg penicilină V) p. 1 comprimat. Tub cu 10 compr. *(p.o.)*. Pr. med. Term. val.

Vezi Penicilină G.

În comparație cu aceasta este stabilă (mai puțin atacată de acizi) și de aceea insolubilă în stomac; se dizolvă în mediul alcalin al intestinului, unde se absoarbe repede și aproape complet, proporțional cu doza absorbită. După 1 oră de la administrare are concentrație sanguină similară sau puțin mai joasă decît penicilina G; se menține 3—4 ore. Eliminarea prin urină este redusă: 20—30% din cantitatea administrată.

Fen. sec.: vezi Penicilină G. Accidentele de sensibilizare sînt excepționale, suprainfecțiile sînt în schimb mai dese, prin modificarea florei intestinale (candidoză bucală, intestinală, vulvară, rectală etc.).

Poate determina tulburări digestive și prin acțiune directă, mai ales în prima copilărie.

Ind.: tratament: forme ușoare și medii ale infecțiilor cu coci grampozitivi și constant sensibili la penicilină: streptococi, pneumococi (vezi Penicilină G); profilaxie: operații stomatologice și ORL, reumatism Bouillaud.

C. ind.: infecții cu germeni puțin sensibili la penicilină sau forme severe ale infecțiilor determinate de germeni foarte sensibili la penicilină. Sensibilizarea la penicilină. De evitat la sugari (frecvent tulburări diges-

Scanned with OKEN Scanner

tive). Posologia și durata tratamentului vor fi determinate de medicul care urmărește bolnavul.

D.u.: 25 000—50 000 u./kg/24 ore sau 0,5—1 g/M²/24 ore, divizate în 4(6) prize. Profilaxia reumatismului: cîte 1 compr. la 12 ore. Comprimatele se administrează de preferință la 3 ore după masa precedentă; este de dorit ca bolnavul să nu mănînce 1/2 oră după administrarea comprimatelor.

Penicilinază *(Penicillinasum* — D.C.I.). Penicilinază 800 000 u. p. 1 flacon pulbere în inj. *i.m*, eventual *i.v.* Enzimă bacteriană care hidrolizează penicilina în acid peniciloic inactiv (1 u. penicilinază inactivează *in vitro* 1 u. penicilină/min). Penicilinaza distruge numai antigenul (penicilina), fără să intervină asupra vasculitei sau artropatiei deja instalate.

Fen. sec.: fiind o substanță proteică se poate comporta ca antigen; acestă eventualitate pare a fi rară atît după datele experimentale, cît și după cele clinice. Rar s-a observat oarecare durere locală, însoțită de eritem și edem local; excepțional de rar frisoane și febră.

Ind.: adjuvant în tratamentul reacțiilor alergice provocate de penicilina G și derivaților săi (nu este eficace în reacțiile produse de Meticilină, Oxacilină). În hemoculturi, pentru a distruge penicilina (dacă bolnavul respectiv primea acest antibiotic).

D.u.: conținutul fiolei va fi dizolvat în 2 ml apă distilată și va fi injectat *i.m.* cît de curînd după debutul efectelor secundare. Administrarea precoce este urmată curînd de rezultate favorabile. Dacă tulburările revin sau rezultatul întîrzie, se va administra încă o fiolă după 3—4 zile. În caz de șoc anafilactic și după măsurile indicate la p. 361 1 fiolă *i.v.*, urmată de 1 fiolă *i.m.*

Pentetrazol *(Pentetrazolum* — D.C.I.). 100 mg *pentamethylentetrazolum*/ /ml sub două forme: a) fiole sol. aposă inj. 10% a 1 ml, cutie cu 3 fiole *i.m, s.c.* și b) flacon cu 10 ml sol. p. uz intern. Pr. med.

Drog sintetic a cărui formulă este apropiată de aceea a camforului. Excitant al formațiunii reticulate bulbomezencefalice descendente și ascendente. Stimulează centrii bulbari respiratori și vasomotori; acțiunea este mai puternică dacă centrii sînt deprimați, îndeosebi cînd sînt inhibați de intoxicația cu barbiturice, cloral hidrat, paraldehidă. La bolnavii cu epilepsie produce pe EEG descărcări identice acceselor spontane respective. Se absoarbe repede; durata acțiunii este scurtă: 1/2—1 oră.

Fen. sec.: doze mici: rar greață; doze mari: convulsii și accidentele lor (amnezie, hemoragii cerebrale, luxații). Toleranța nu crește.

Ind.: insuficiență circulatorie de origine centrală, intoxicații cu barbiturice, hidrat cloral, morfină, CO, accidente ale narcozei. *C. ind.:* epilepsie, tuberculoză evolutivă, tromboflebite, miocardite și endocardite acute. Nu este eficace în insuficiențele circulatorii de origine periferică, în insuficiență cardiacă.

D.u.: I: 5—10 pic. sau 0,25—0,50 ml/doză; II: 10—15 pic. sau 0,50—0,75 ml/doză; III; 20 picături sau 1 ml/doză. Doza respectivă poate fi repetată la nevoie de 2—3 ori/24 ore.

Scanned with OKEN Scanner

Ca activator al electroencefalogramei: se determină doza minimă care provoacă apariţia unei activităţi electrice cu voltaj înalt, hipersincronă.

Pentetrazol E. *Pentamethylentrazolum* 100 mg, *Ephedrinum hydrochloricum* 15 mg 1 ml sub două forme: a) fiole conţinînd sol. apoasă inj. 10% a 1 ml, cutie cu 3 fiole *i.m., s.c.* şi b) flacon cu 10 ml p. uz intern. Pr. med.

Această asociere lărgeşte oarecum indicaţiile pentetrazolului. Pentru principii farmacodinamice, fenomene secundare şi contraindicaţii vezi Pentetrazol şi Efedrină.

Ind.: colapsul la care există şi o participare periferică.

D.u.: nu se administrează la sugari (doza de efedrină este prea mare), II şi III: vezi Pentetrazol.

Pepsinum subst. *(p.o.)*. Enzimă proteolitică.

Ind.: hipo- şi anaclorhidrie.

D.u.: Pepsină, Acid hidrocloric dil. *āā* 1 g, Sirop 10 g, Apă distil. *ad* 100 g. 5 (II)—10 ml (III), în timpul meselor.

Peptocolin *Magnesium sulfuricum siccum* 28 g, *Peptonum* 8 g, *Mentholum* 0,15 g, *Excipiens granulat q.s. ad* 100 g. Flacon cu 85 g granule *(p.o.)*. Nu va fi folosit dacă granulele s-au conglomerat şi mirosul este neplăcut. Colagog şi coleretic.

Fen. sec.: peptona se alterează repede, mai ales în mediu umed, provocînd pirozis, diaree.

Ind.: atonie veziculară, constipaţie atonă, colecistită cronică, stări alergice, pe un fond de mică insuficenţă hepatică. *C. ind.:* colecistită acută, afecţiuni acute ale tubului digestiv. Copii sub 5 ani.

D.u.: copii 5—15 ani: 1/2—1 1/2 linguriţă (după vîrstă), în 50—100 g apă călduţă, dimineaţa pe nemîncate, păstrînd după aceea 15 minute decubit lateral drept. Cură de 15—20 zile.

Peptonum subst. *(p.o.)*. Desensibilizant.

D.u. (III): 0,25—1 g o dată (în supă, ceai), repetă de mai multe ori pe zi.

Perogen. *Hydrogenium peroxidatum* 1 g p. 1 compr. *(ext.)*. Tub cu 10 compr. Bactericid (acţiune scurtă) oxidant care pune în libertate oxigen în stare născîndă.

Fen. sec.: albeşte ţesuturile şi poate produce descuamare, arsuri, dacă este aplicat în concentraţie masivă. În cavităţi închise: distensie dureroasă din cauza degajării gazoase.

Ind.: spălarea şi tamponarea plăgilor. *C. ind.:* utilizare în cavităţi închise.

Mod de administrare: soluţia de hidrogen peroxidat utilizată = 1 compr. /100 ml apă.

Peromag. *Magnesium peroxydatum* 0,50 g/p. 1 compr. Tub cu 20 compr. *(p.o.)*. Amestec de peroxid de magneziu şi oxid de magneziu, care în contact cu acidul clorhidric din stomac formează clorură de magneziu (cu acţiune uşor laxativă). Se formează apă oxigenată şi se degajează oxigen (acţiune antifermentativă şi excitatorie asupra peristaltismului).

Ind.: laxativ uşor, gastrită hiperacidă. *C. ind.:* gastrită hipoacidă. Copii I, II.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: III: 1 compr. × 3/zi, imediat după mese. Incompatibilitate: acizi.

Phenacetinum (D.C.I.) subst. *(p.o.)*. Derivat al anilinei, cu acțiune apropiată de aceea a salicilaților. *Toxicitatea îi îngrădește utilizarea.*

Fen. sec.: doze mai mari produc cianoză prin methemoglobinemie, uremie prin nefrită interstițială dacă administrarea este îndelungată.

Ind.: asociere cu acid acetilsalicilic, salicilamidă, aminofenazonă, cofeină, fenobarbital etc. în formule analgezice, antipiretice. *C. ind.:* interzis în primele 3 luni de viață. Prudență la copii mici.

D.u.: II: 0,10—0,25 g/doză; III: 0,25—0,50 g/doză; repetă 1—2/zi Cură cu durată limitată.

Phenazonum sin: Antipirină, Analgezină, subst. *(p.o., r., ext.)*. Pr. med.

Ind.: analgezic, antitermic numai în caz de hipertermie, hemostatic extern în aplicații locale. *C. ind.:* greață, tulburări digestive, boli cardiace, renale; leucopenie, transpirație importantă; urticarie. Din cauza unei posibile idiosincrazii se va începe cu o posologie redusă.

D.u.: de evitat sub 6 luni. I: 0,05—0,10 g/24 ore; II: 0,15—0,30 g/24 ore; III: 0,40—0,90 g/24 ore; în 2—3 prize. De la 3 ani în sus: 0,05 g/an de vîrstă/24 ore.

Unii recomandă doze mai mari: atîtea cg /doză, cîte luni are copilul și atîtea dg/doză cîți ani are copilul, fără a depăși însă 0,75 g; această doză se poate administra de 1—2 ori/24 ore. În coree s-au folosit doze și mai mari.

Incompatibilitate cu alcalinele, iod, sărurile fierului, nitriți, tanin. Amestecurile cu salicilat de sodiu, hidrat cloral, hexamină, salol, camfor, mentol se umezesc sau se fluidifică.

Phenazonum salicylicum, salipirină, subst. *(p.o.)*. Conține 58% antipirină și 42% acid salicilic. Vezi Antipirină; puțin utilizat.

D.u.: psologia poate fi aproape dublă decît aceea a antipirinei.

Phenobarbitalum subst. *(p.o., r.)*. Vezi Fenobarbital.

Phenobarbitalum natricum subst. *(p.o.)*. Vezi Fenobarbital. Incompatbilitate cu sărurile alcaloizilor și sărurile de amoniu.

Phenylbutazonum subst. *(p.o.)*. Vezi Fenilbutazonă, Alindor.

Phenylhydrargirum boricum purum *(Phenilmercurum boricum* — D.C.I.) subst. *(ext.)*.

Antiseptic al pielii, puțin toxic și neiritant în diluțiile folosite.

Ind.: excoriații, plăgi (profilactic și curativ); infecții cutanate.

D.u.: soluția de bază 2 ‰ se diluează de 10—40 ori (se obține izotonia prin adaosul de borax 2%, glucoză 4%).

Phenylium salicylicum. Salol, subst. *(p.o.)*. În intestin se desface în acid salicilic (60%) și fenol (40%).

Ind.: antiseptic intestinal; puțin utilizat și probabil ineficace. *C. ind.:* sugari.

D.u.: II, III: 0,10—0,50 g/doză, repetă de 2—3 ori/zi.

Pilocarpină. *Pilocarpinum hydrochloricum* 1 mg/1 fiolă a 1 ml *(s.c.)*. Pr. med.

Substanță muscarinică al cărei efect este mai prelungit decît acela al acetilcolinei. Efectul colinergic este net pe glandele cu secreție internă, a

Scanned with OKEN Scanner

căror secreție o crește; produce o eliberare de adrenalină. Antagonist: atropina.

Fen. sec.: tulburări digestive (greață, vărsături), slăbiciune generală. Local: sensibilizarea pleoapelor și conjunctivelor. Intoxicația (mioză, dispnee, hipersecreție bronhiolară, bradicardie, vărsături, defecație și micțiuni involuntare, *tremor*, convulsii, moarte prin insuficiență respiratorie sau paralizie cardiacă): respirație asistată pînă își fac efectul dozele mari de atropină, prevenirea și combaterea obstruării căilor respiratorii.

Ind.: s.c.: intoxicația cu atropină (neutralizează efectele periferice ale acesteia); *local* (ochi): irită, iridociclită (scade presiunea intraoculară), combate midriaza atropinică prin mioză (durata acțiunii 3—24 ore).

D.u.: intoxicația cu atropină: 0,1 mg/kg sau 3 mg/M², o singură doză *s.c.*; local: sol. 0,5—1%.

Pilofort. *Cetylpiridinium bromatum* 2,20 g, *Sulfacetamidum natricum* 5 g, *Alcoholum* 96° 8 g, *Aetheroleum lavandulae* 0,10 g, *Aqua destill. q.s. ad* 100 ml. Flacon a 100 ml *(ext.)*. Antiseboreic.

Ind.: seboree grasă și uscată a pielii capului. *C. ind.:* sensibilizare la sulfamide.

Mod de întrebuințare: după spălare cu apă și săpun a părului și a pielii capului, se înlătură săpunul cu multă apă; se iau 20 ml (a 5-a parte a flaconului) din sol. Pilofort, se dispersează pe regiunea respectivă și se masează bine cu degetele ambelor mîini întreaga suprafață a pielii capului. Procedura se repetă la 3 zile în prima săptămînă, apoi o dată/săptămînă pînă ce dispare mătreața.

Piperazinum hydratum subst. *(p.o.)*.

D.u.: 0,05—0,075 g/zi, fără a depăși 2,50 g/zi, în 3—4 prize, înainte de mese (în poțiune). În rest: vezi Nematocton sirop.

Pirazinamidă *(Pyrazinamidum* — D.C.I.). 0,50 g p. 1 compr. Flacon cu 100 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Derivat al HIN, tuberculostatic de gradul al III-lea.

Fen. sec.: toxicitate notabilă pentru ficat.

Ind.: tuberculoză, în cazul rezistenței la alte tuberculostatice, în asociere cu tuberculostaticele majore față de care sînt sensibili germenii respectivi. *C. ind.:* insuficiență hepatică; rezistența germenilor la acest tuberculostatic.

D.u.: 20—30 mg/kg/zi (max. 1,5 g/zi), divizat în 3 doze.

Precauții. Control frecvent al funcțiilor hepatice.

Pix cadi, ulei de cadă, subst. *(ext.)*. Reductor, antipruriginos.

Ind.: eczeme, psoriazis.

D.u.: 3—10% în pomezi, paste, săpun, sol. alcoolizate.

Pix liquida, gudron vegetal, subst. *(ext.)*. Reductor, antipruriginos.

Ind.: eczeme, seboreea pielii capului, psoriazis.

D.u.: 3—10% în pomezi, săpun, paste, sol. alcoolizată. Miscibil bine cu grăsimi, vaselină; puțin cu ulei și de loc cu glicerină.

Pix lithantracis, gudron de huilă, gudron mineral, subst. *(ext)*. Reductor, antipruriginos.

Ind.: eczeme.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: pur sau 1—10% în tinctură, pomezi, paste, săpun.

Pladmin *(Proguanilum* — D.C.I.) 0,10 g *N'-(4-clorphenyl)-N-izopropyl-diguanidhydrochloricum* p. 1 compr. Cutie cu 100 compr. *(p.o.)*. Antimalaric de sinteză, cu acțiune asupra formelor eritrocitare (schizonți), și exoeritrocitare. Medicament fără gust, rapid excretat (impune administrarea zilnică).

Fen. sec.: rare: anorexie, greață, slăbire și uneori hematurii.

Ind.: puțin utilizat în tratamentul de atac și prevenirea recidivelor malariei, deoarece acțiunea se instalează încet, ceea ce favorizează și instalarea rezistenței.

D.u.: 0—1 an: 0,025 g/zi; 2—3 ani: 0,05 g/zi; 4—5 ani: 0,075 g/zi; 6-9 ani: 0,10 g/zi; 10—15 ani: 0,20 g/zi sau 0,025 g/zi pentru sugarii mai mari; 0,05 g/zi la copii mici, 0,10 g/zi la copii de școală.

Doza zilei se administrează în 3 prize (o priză după unii). Cură de 10 zile.

Plegomazin *(Chlorpromazinum hydrochloricum* — D.C.I.). Clorhidrat de 2-cloro-10-(3-dimetilaminopropil)-fenotiazină 25 mg p. o. fiolă a 5 ml, *i.m.*, *i.v.* Pr. med. Vezi Clordelazin pentru toate particularitățile drogului.

În ceea ce privește soluția injectabilă, calea *i.m.* este utilă, la începutul tratamentului, pentru acei bolnavi care nu pot lua (reține) medicamentul pe cale bucală; calea *i.v.* va fi folosită numai pentru anestezie sau hibernare artificială:

— bolnavul va fi culcat 30 minute după primele injecții, pentru a evita colapsul ortostatic;

— injecția va fi făcută profund în masa musculară (soluția acidă impune diluarea p. inj. *i.v.*);

— amestecul cu antibiotice produce precipitarea soluției;

— personalul care manipulează soluția este predispus la reacții cutanate de sensibilizare (mai ales pe mîini și față).

Plisulfan *(Sulfaphenazolum* — D.C.I.). *3-Sulfanilamido-2-phenylpyrazol* 0,50 g p. 1 compr. Tub cu 20 compr. Pr. med.

Sulfamidă cu acțiune prelungită (12 ore).

Ind., c. *ind.*, *fen. sec.*, *precauții* vezi Dulana.

D.u.: fiecare priză va fi administrată la 12 ore interval. Copii 1—5 ani: doza inițială (prima priză) va fi de 1 compr.; se va continua cu cîte 1/2 compr. la fiecare 12 ore. Copii 6—14 ani: doza inițială (prima priză) va fi de 1 1/2—2 compr. (după vîrstă). Se va continua cu cîte 3/4—1 compr. (după vîrstă) la fiecare 12 ore. Durata tratamentului (4)—5—(6) zile. Se va asigura aportul de lichide și se va urmări diureza.

Plurisulfan. *Sulphathiazolum, Sulfanylacetamidum, Methylsulfadiazinum āā* 0,17 g p. 1 compr. Tub cu 20 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Asocierea de sulfamide solubile ar reduce procentul efectelor secundare.

Fen. sec., c. ind., precauții: vezi Neoxazol.

Ind.: infecțiile acute ale căilor respiratorii.

D.u.: sugari peste 3 luni și copii: 0,10—0,15 g /kg/24 ore, împărțite în 4—6 prize (la copii mai mari, dozele/kg sînt mai reduse). Se va asigura aportul de lichide și se va urmări diureza.

Scanned with OKEN Scanner

Pneumosept. *Camphora* 0,02 g, *Mentholum* 0,05 g, *Eucalyptolum* 0,20 g/ml sol. uleioasă inj. numai pe cale *i.m.* Fiole a 1 și 2 ml. Cutie cu 5 fiole.

Camforul are o ușoară acțiune excitantă asupra centrilor respiratori și o ușoară activitate spasmolitică. Mentolul și eucaliptolul exercită o acțiune antiseptică la nivelul bronhiilor.

Fen. sec.: locale: durere, împăstare, oleom, abces aseptic; generale: convulsii la epileptici.

Ind.: traheobronșite (medicament depășit). *C. ind.:* epilepsie. Copii sub 3 ani.

D.u.: 3—6 ani: 1 ml/zi; 7—15 ani: 1—2 ml/zi, profund și strict *i.m.*

Pobilan *(Iodipamidum* — D.C.I.). Metilglucaminatul acidului N, N'-adipin -di-(3-amino-2,4,6-triiodbenzoic) sol. 30% și sol. 50% *(i.v.)* p. 1 fiolă de 20 ml. Produs de contrast biliar pentru colangiocolecistografii.

Tehnica examenului: fără a fi absolut necesară, o pregătire prealabilă este recomandabilă.

Bolnavii care stau în pat vor face mișcare în seara dinainte sau gimnastică în pat. Regimul alimentar din preziua examenului va fi sărac în resturi nedigerabile, care favorizează meteorismul. Dacă bolnavul este constipat, va lua un purgativ. Examenul se va face dimineața pe nemîncate. După injecția cu Pobilan, bolnavul nu va mînca și nu va bea pînă la terminarea examenului. Fiola de Pobilan va fi încălzită în prealabil la *bain-marie* (40—50°). Injecția se va face în vena cubitală, bolnavul fiind culcat. La sugari: în vena jugulară sau într-o venă epicraniană. Injecția va dura cel puțin 3 minute; la vasolabili se va injecta deosebit de încet și este preferabil să facem pauze de 2—3 minute după injectarea de cîte 3—5 ml.

Posologie: la sugari și copii: 1—1,5 ml Pobilan sol. 30%/kg, *i.v.*

Toleranță. Nu dă efecte secundare locale, dureri puternice în caz de injecție paravenoasă. Toleranța generală este de obicei excelentă. Pot apărea tulburări subiective de scurtă durată: agitație, senzație de căldură și de presiune în abdomenul superior.

O prudență deosebită se impune la copiii alergici (hipersenbilitate față de iod, eczeme, astm, guturai alergic) și o testare a toleranței este obligatorie. Se va injecta încet *i.v.* în ziua precedentă sau cu 30 minute înainte de examen conținutul unei fiole-test de 1 ml.

La bolnavii cu tetanie latentă sau manifestă, injecția poate dezlănțui un acces; în caz de colecistită subacută infecțioasă, injecția poate fi urmată de un scurt puseu termic.

Polidin. Amestec (48 000 000 germeni/ml) de 13 specii microbiene omorîte prin căldură/1 ml, fiole a 2 ml *(i.m., s.c.)*. Produs biologic care stimulează nespecific mijloacele de apărare antiinfecțioasă: crește titrul aglutininelor, indicele opsonic, puterea fagocitară, nivelul properdinei; influențează favorabil formarea anticorpilor.

Ind.: adjuvant în tratamentul bolilor acute infecțioase, mai ales virotice.

D.u.: sugari: 1 ml/zi; copii: 2 ml/zi. În total 1—3 injecții.

Polimixin B. Face parte din grupa polimixinelor (A, B, C, D, E) extrase din *Bacillus polymyxa* (menționăm că polimixina E este identică cu colistina, colimicina). Polipeptid bazic care se comportă ca un antibiotic

Scanned with OKEN Scanner

bactericid, chiar asupra germenilor în repaus. Activ exclusiv asupra unor germeni gramnegativi. Avînd moleculă mare, nu străbate bariera digestivă, deci trebuie administrat *p.o.* în infecțiile intestinale și *i.m.* în infecțiile sistemice. Nu străbate bariera meningiană, chiar în cursul meningitelor, deci trebuie administrat și pe cale *i.r.* la acești bolnavi. Se elimină în bună parte prin urină sub o formă activă. Are proprietăți nefro- și neurotoxice de care trebuie să se țină totdeauna seama.

Acțiune sinergică cu sulfamidele.

Rezistență încrucișată cu polimixina E (colistina).

Fen. sec.: efectele nefrotoxice impun ca funcțiile renale să fie foarte atent urmărite în cursul administrării parenterale.

O deosebită atenție se impune la bolnavii cu funcții renale perturbate, deoarece leziunile renale și azotemia pot fi agravate de acest tratament. Dacă doza de 2,5 mg/kg/24 ore nu este utilizată mai mult de 7 zile, manifestările nefrotoxice sînt în general rare, ușoare și lesne reversibile.

Dacă doza depășește 3 mg/kg/24 ore, sînt aproape constante albuminuria, cilindruria și eventual azotemia.

Manifestările neurotoxice se observă izolat: iritabilitate, stare de slăbiciune, somnolență, ataxie, parestezii și tulburări temporare ale vederii; dispar de obicei complet la 24—48 ore după oprirea tratamentului.

Aplicarea locală este bine tolerată; dacă plaga este întinsă se pot resorbi cantități mai mari, care pot da tulburări. Cînd nu se depășește posologia strict indicată, chiar injecțiile intrarahidiene sînt bine tolerate, dar dacă posologia este excesivă, pot apărea fenomene (ireversibile) de blocaj neuromuscular.

Calea orală nu este practic urmată de resorbție, de aceea nu se înregistrează de obicei tulburări produse direct de antibiotic; fac excepție îndeosebi nou-născuții și în oarecare măsură sugarii sub 3 luni bolnavi de dispepsie; aceasta le poate provoca o resorbție care nu trebuie subestimată. Indiferent vîrsta, sterilizarea intestinului poate produce sugarilor tulburările cunoscute (vezi Cloramfenicol, Tetraciclină).

Administrarea polimixinei, mai ales pe cale digestivă, poate favoriza multiplicarea microorganismelor rezistente la antibiotice (îndeseobi *Candida*). De aceea bolnavii trebuie atent supravegheați și, la nevoie, trebuie imediat început tratamentul corespunzător.

Spectru de acțiune și indicații: antibiotic de rezervă, ale cărui indicații majore pot fi: infecțiile cu *Pseudomonas aeruginosa* și dispepsiile cu colibacili patogeni. Mai intră în discuție infecții provocate de germeni din grupul *B. coli aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, grupul *Klebsiella aerobacter*, unele tulpini de *Proteus* și *Shigella*.

C. ind.: anurie, insuficiență marcată renală. Administrarea *p.o.* trebuie evitată la nou-născuți, în afară de cazul că polimixina B este singurul antibiotic care poate combate infecția digestivă respectivă.

Posologia: vezi mai jos.

Polimixin B sulfat. Polimixină B sub formă de sulfat 38 mg (= 250 000 u.) p. 1 compr. Flacon cu 12 comprimate *(p.o.)*. Pr. med. Term. val.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. și *d.u.:* 1) Diaree cu *B. coli* patogeni sensibili la polimixină: 10—20 mg/kg/24 ore sau 500 mg/M² (în 4 prize, la 6 ore); sau 250 000—500 000 u./24 ore (în 3 prize la 8 ore).

Nou-născuți, prematuri (restricții, vezi mai sus): 10—15 mg/kg/24 ore, în 4 prize.

Durata tratamentului: 5—6—(10) zile.

2) Dizenterie: sugari și copii sub 2 ani: aceeași posologie; copii 2—5 ani: 500 000—750 000 u./24 ore, în 3 prize; copii peste 5 ani: 750 000—1 000 000 u./24 ore, în 3 prize.

Durata tratamentului: 6—7 zile.

Polymyxin-B-sulfat. 50 mg (= 500 000 u.) p. 1 flacon cu pulbere pentru administrare parenterală și locală. Pr. med.

Ind.: calea i.m., mai ales în infecțiile severe cu *Pseudomonas aeruginosa.*

Tabelul 19

Posologia la Polymyxin-B-sulfat

Vîrsta	Doza/24 ore (în mg)
Prematuri și nou-născuți	1—2 mg/kg (mai puțin dacă funcțiile renale sînt perturbate)
Copii sub 20 kg	2,5 mg/kg (mai puțin dacă funcțiile renale sînt perturbate)
Copii 20—40 kg	50 mg
Copii 40—60 kg	100 mg

Doza/24 ore nu va întrece 2,5 mg/kg și va fi împărțită în 4 injecții la 6 ore (în 3 injecții la 8 ore, după unii). Durata: 3—5 zile de obicei, timp mai îndelungat în infecțiile foarte grave.

Conținutul unui flacon va fi dizolvat în 2—5 ml ser fiziologic sau sol. glucozată 5%. Durerile locale pot fi împiedicate prin diluarea substanței cu o sol. 1% procainã.

Calea i.v. nu este necesară și toxicitatea este mai mare (aceleași doze/24 ore, 3 inj. la 8 ore).

Calea i.r. Meningita cu *Pseudomonas aeruginosa.* Pe lîngă tratamentul pe cale *i.m.* trebuie injectat zilnic cîte 2 mg *i.r.* la copii sub 2 ani, timp de 3—4 zile, apoi se repetă injecțiile tot a doua zi; la copii peste 2 ani se vor injecta 5 mg/zi, timp de 3—4 zile, apoi la 2 zile. Conținutul flaconului va fi diluat cu 10 ml ser fiziologic.

Local, se vor utiliza prișnițe umede cu sol. 0,1—1% polimixină în ser fiziologic. Pansamentul va fi schimbat zilnic pînă la vindecare. Deoarece

Scanned with OKEN Scanner

gradul resorbției nu este previzibil, nu se va depăși o doză zilnică egală cu 1,5—2,5 mg/kg.

Polivitamine. Vitamină A 1 250 u., Vitamină B_1 0,5 mg, Vitamină B_2 0,5 mg, Vitamină C 10 mg, Vitamină D_2 250 u., Vitamină PP 3 mg/1 drajeu. Cutie cu 100 drajeuri *(p.o.)*.

Fen. sec.: ale vitaminei PP, dacă copilul ingerează deodată mai mult de 5—6 drajeuri, mai ales cînd stomacul este gol.

Ind.: formula și concentrația vitaminelor asigură un supliment alimentar; contribuie la prevenirea și combaterea carențelor respective. Produsul este indicat în cursul creșterii, activității fizice sporite sau în infecțiile acute și cronice. *C. ind.:* copii sub 3—4 ani, dacă drajeurile sînt administrate întregi.

D.u.: 1—5 drajeuri/zi (după vîrstă). Drajeurile trebuie pisate la copii sub 3—4 ani.

Prednisolonum (D.C.I.) subst. *(p.o.)*. Vezi Supercortisol.

Prednison (D.C.I.). Δ-*Cortisonum* 1 și 5 mg p. 1 compr. Flacon cu 30 compr. Pr. med.

Corticosteroid sintetic, care posedă proprietățile glicosteroizilor naturali, cortizonul și hidrocortizonul, dar — la greutate egală — are o activitate antiinflamatorie și antialergică mai puternică de 3—5 ori decît primul și de 3—4 ori decît al doilea; efectele secundare sînt în schimb mai reduse, îndeosebi retenția sodică. Are o bună resorbție intestinală, fără a fi inactivat. Acțiunile farmacologice sînt multiple, unele sînt larg utilizate în terapeutica infantilă, iar altele trebuie cunoscute, deoarece exagerarea lor determină efecte secundare nedorite. Una din acțiunile fundamentale este proprietatea de a modifica răspunsul la agresiune al unor țesuturi derivate din mezenchimul primitiv, în special al țesutului conjunctiv.

a) Acțiunea antiinflamatorie. În țesutul conjunctiv și în procesele inflamatorii inhibă multiplicarea fibroblaștilor și fibrinogeneza, lizează histiocitele și limfocitele. În țesutul inflamator crește rezistența peretelui capilar, reduce fenomenele exsudative și invazia elementelor figurate. Crește gradul de polimerizare a substanței fundamentale, se opune infliltrării de leucocite, scade eozinofilia tisulară.

b) Acțiunea antialergică pare să se realizeze prin inhibarea reacțiilor tisulare de tip inflamator care se produc în alergie: inhibă formarea histaminei, deprimă producția de anticorpi circulanți prin acțiunea asupra plasmocitelor, deprimă fagocitoza etc.

c) Efectul antitoxic se exercită asupra endotoxinelor unor microbi patogeni.

d) Efecte metabolice. Mărește catabolismul proteic, crește excreția de uree, acizi aminați, creatinină și eliminarea de acid uric. Metabolismul proteinelor este dirijat către sinteza de glucide și depunerea de glicogen. La doze mari, scade toleranța la hidrocarbonate, crește glicemia și apare glicozuria. Stimulează anabolismul lipidic, cu o redistribuire a țesutului adipos. Retenția de sodiu și eliminarea de potasiu sînt slabe. Împiedică absorbția vitaminei D din intestin.

e) Acțiunea sanguină. Stimulează eritropoieza și trombocitopoieza, lizează țesutul limfoid, scade permeabilitatea capilară, are acțiune reglatorie asupra

Scanned with OKEN Scanner

celulelor măduvei oaselor. În sîngele periferic cresc leucocitele neutrofile, scad limfocitele și eozinofilele.

f) Efecte neuroendocrine. Blochează secreția hormonului adrenocorticotrop cu atrofia (reversibilă) a corticosuprarenalei. Inhibă corticosuprarenala. Poate produce modificări vegetative psihice și psihologice; produce hiperexcitabilitate electrică cerebrală.

g) Efecte asupra tubului digestiv. La o parte dintre copii determină hiperaciditate gastrică. Apetitul este de obicei stimulat.

h) Efecte asupra leziunilor mecanice (plăgi). Tulbură producerea fibroblaștilor în țesutul de granulație și în substanța fundamentală; vascularizația este mult alterată.

Fen. sec. Prevenirea și combaterea lor. Multiplele acțiuni fiziologice și farmacologice ale glucocorticoizilor explică variatele și disparatele efecte secundare atît ca expresie clinică, cît și ca patogenie. Numai o bună cunoaștere a acestor inconveniente și imperfecțiuni ale corticoterapiei constituie o bună premisă pentru aplicarea cu succes și cu cît mai puține pericole a acestei terapeutici. Redăm (după G. Bickel) un tablou schematic al principalelor accidente ale corticoterapiei și unele date privitoare la semiologia, etiopatogenia, prevenirea și combaterea acestor fenomene secundare:

1. *Perturbări endocrine:* — sindrom cushingoid; — atrofie corticosuprarenală; — acțiune hipofizofrenatoare; — accidente prin *stress;* — pseudoreumatism steroidian; — insuficiență ovariană (acnee, hirsutism); — disfuncție tiroidiană.

2. *Perturbări metabolice:* — decalcifierea scheletului; — fracturi spontane; — necroze osoase aseptice; — rahitism; — retenție hidrosodică; — deperdiție de potasiu; — diabet steroidian; — anomalii ale metabolismului protidic; — slăbiciune și atrofii musculare; — anomalii ale metabolismului lipidic.

3. *Inhibiția reacțiilor de apărare:* — predispoziții la infecții; — atenuarea reacțiilor de apărare locală; — slăbirea reacțiilor imunologice; — acțiune asupra toxinelor microbiene; — întîrziere în cicatrizarea plăgilor.

4. *Accidente digestive:* — gastralgii, hiperaciditate; — ulcere gastroduodenale; — hemoragii intestinale; — perforații intestinale; — pancreatită acută hemoragică.

5. *Tulburări hematologice:* — tulburări ale coagulării; — alterații plachetare.

6. *Accidente vasculare:* — hipertensiune arterială; — echimoze cutanate; — poliarterite.

7. *Accidente nervoase:* — anomalii ale EEG; — — crampe musculare, convulsii; — instabilitate emoțională; — psihoze; — tulburări neurovegetative; — polinevrite.

8. *Reacții alergice:* — urticarie; — șoc anafilactic.

9. *Poliartrită malignă.*

10. *Accidente diverse:* — complicații renale; — complicații oculare; — cataractă steroidiană, glaucom; — hipertensiune intracraniană.

11. *Accidente la reducerea posologiei și terminarea tratamentului:* — fenomenul de repriză evolutivă *(rebound);* — manifestări de insuficiență suprarenaliană; — comă hipocortizonică.

Scanned with OKEN Scanner

12. *Repercusiuni proprii copilului:* — insuficiența suprarenală a nounăscutului; — încetinire sau oprire a creșterii.

Ad 1. *a) Hipercortizonismul terapeutic acut* apare numai dacă posologia este importantă: apetit excesiv și creștere rapidă în greutate, facies lunar, vergeturi, hirsutism, acnee, depozite adipoase, care predomină în regiunea supraclaviculară și posterioară a gîtului, euforie, insomnie, retenție de apă și săruri, deperdiție de potasiu; tendință la hipertensiune arterială, diabet. În afara unor indicații vitale, vom evita de aceea să prelungim administrarea dozelor mari de Prednison și vom căuta să coborîm la doza minimă care întreține totuși efectul terapeutic.

b) Tratamentele îndelungate care durează multe luni pînă la ani (mai ales în P.C.E.) cu doze mici pot produce un hipercortizonism terapeutic cronic, care debutează printr-o oboseală neobișnuită; apoi apar dureri articulare, periarticulare și musculare, întovărășite de hipersensibilitate și hiperalgie cutanată, pe un fond de emotivitate cu tendință depresivă („pseudoreumatismul steroidian"). Simptomele au un caracter periodic, ele se exacerbează prin oboseală fizică, emoții și infecții intercurente. Se datorește unui hipercortizonism endogen: suprarenala bolnavului a devenit incapabilă să răspundă la creșterea nevoilor în glucosteroizi provocată de *stress*-urile vieții obișnuite.

c) Glucocorticoizii determină o inhibare sau o suprimare — temporară sau durabilă — a secreției de ACTH, deci o inerție funcțională și o atrofie progresivă a zonei fasciculate din cortexul suprarenal, care persistă săptămîni și chiar luni după oprirea tratamentului. Pentru stimularea secreției de cortizon endogen, tratamentul cu glucocorticoizi nu va fi oprit niciodată brusc: posologia va fi diminuată treptat „în scară" și la intervale regulate cu cîte 5 mg/zi la fiecare 2—3 zile în tratamentele scurte și cîte 10 mg/zi la fiecare (5)—7 zile la sfîrșitul curelor lungi.

Tratamentele scurte de cîteva zile pot fi terminate abrupt printr-o cură de 2—4 zile cu corticotrofină; la curele cu durată moderată (2—4 săptămîni) putem scădea Prednisonul mai repede (5)—10 mg la 3—5 zile și putem termina cura cu 3—5 zile de ACTH. „Ferestrele" de ACTH (1 zi pe săptămînă sau 2—3 zile pe lună) nu și-au arătat eficacitatea.

Dacă tratamentul este oprit brusc, inerția corticosuprarenaliană indusă poate determina o redeșteptare, uneori catastrofală, a bolii care motivase tratamentul cu preparate cortizonice sau o criză de insuficiență suprarenală acută — care poate ajunge pînă la comă — în prezența unui *stress* provocat de o boală infecțioasă, traumatism accidental sau operație chirurgicală urgentă. Datorită punerii în repaus a axului hipofizosuprarenal pe care-l determină orice tratament cortizonic îndelungat, manifestările de insuficiență suprarenală pot să apară și în cursul curelor lungi, îndeosebi dacă posologia este foarte redusă. Se admite că această doză foarte mică nu poate umple deficitul de cortizon endogen și organismul își va manifesta deci suferința ori de cîte ori eforturile fizice și *stress*-urile, la care este inevitabil expus, îi cer un supliment hormonal. Pentru a preveni accidentele de insuficiență suprarenală, care se pot ivi cu ocazia infecțiilor, operațiilor, traumatismelor la bolnavii cărora li s-a întrerupt de curînd și brusc preparatul cortizonic sau care primesc doze mici în acel moment, sîntem obligați să prescriem tempo-

Scanned with OKEN Scanner

rar o doză de Prednison cel puțin egală cu doza de atac folosită la începutul curei cortizonice. În cazurile severe, cînd se impune o operație imediată, hemisuccinatul de hidrocortizon (în lipsă, cortizon acetat) este medicația de elecție, deoarece corespunde secreției anti-*stress* normale a suprarenalelor.

Ad 2. a) Retenția hidrosalină nu este de temut în cazul Prednisonului, cu excepția anumitor boli cardiace și renale preexistente. Restricția de sodiu nu trebuie să fie totală: bolnavul poate primi o alimentație hiposodată. Dacă creșterea în greutate este prea rapidă (preedem?) sau apare o schiță de edem, reducem doza de Prednison și/sau prescriem regim desodat, hidroclorotiazidă sau tiabutazid.

b) Deperdiția de potasiu este de asemenea puțin importantă la bolnavii care își mențin un aport alimentar normal. Cu toate acestea, unii bolnavi pot prezenta hipopotasemie, tendință rapidă la oboseală, oboseală musculară și modificări electrocardiografice. De aceea recomandăm un supliment *p.o.* de 0,50—1,50 g ClK/zi sau 1—3 g sare fără sodiu/zi.

c) Acțiunea antianabolică asupra metabolismului azotat poate determina în cursul curelor lungi o „miopatie" steroidiană; slăbirea și topirea mai ales a grupelor musculare profunde ale bazinului, ale feselor și coapselor, provoacă dificultăți la ridicarea de pe scaun sau pat, la urcat trepte și obligă pe bolnav să nu mai părăsească patul.

De aceea alimentația va fi bogată în proteine și putem recomanda steroizi androgeni anabolizanți, ușoare exerciții fizice; pe cît este posibil, bolnavii vor face plimbări.

d) Glicozuria și diabetul steroidian pot apărea tot în cursul curelor prelungite, mai ales dacă posologia este ridicată; prima cedează după scăderea dozelor de Prednison, iar diabetul prin oprirea tratamentului. Vom cerceta săptămînal glucoza în urina bolnavilor tratați cu preparate cortizonice, la nevoie glicemia. Efectele asupra metabolismului glucidic și lipidic ne determină să recomandăm o alimentație relativ săracă în glucide și grăsimi.

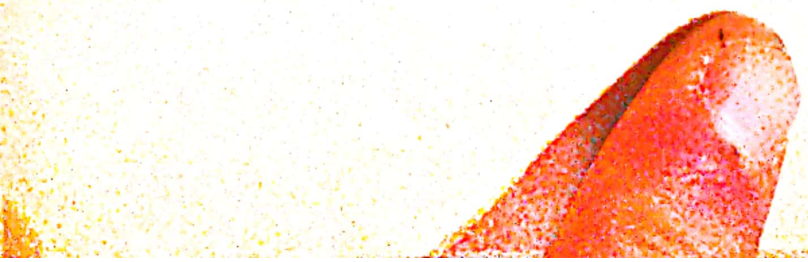
e) Osteoporoza și fracturile patologice sînt proprii curelor lungi și apar mai ales la bolnavii grav, hipotrofici, subalimentați, imobilizați în pat. Deși patogenia nu este clarificată, osteoporoza poate fi evitată sau redusă prin alimentație bogată în lapte, brînză de vaci, legume și fructe, lactat de calciu sau clorură de calciu, steroizi androgeni anabolizanți; pe cît este posibil, bolnavii vor face plimbări ușoare, exerciții fizice.

f) Rahitismul este favorizat de curele lungi la copiii mici; de aceea, pe lîngă măsurile citate la paragraful precedent, vom recomanda acestor copii și 1 000 u. vitamină D/zi.

g) Hipertensiunea arterială este rară și moderată, dacă posologia este mijlocie. Cît timp sînt administrate doze mari se va lua bolnavului zilnic presiunea arterială. În caz de hipertensiune, reducem posologia și/sau recomandăm rezerpină.

În cursul curelor lungi cu doze moderate sau mici, presiunea arterială va fi cercetată de două ori pe săptămînă.

Ad 3. Complicațiile infecțioase sînt cele mai grave; ele pot fi frecvente la copii, deoarece cortizonul este recomandat la aceștia ca tratament adjuvant sau de fond al unor boli infecțioase, infecții și reacții hiperergice para- sau postinfecțioase. Pe de altă parte, cunoaștem frecvența bolilor (conta-



Scanned with OKEN Scanner

gioase, infecții respiratorii, cutanate) care pot surveni în cursul curei cortizonice; la aceste neplăceri sînt expuși mai ales copiii spitalizați.

a) Cortizonul *agravează infecțiile preexistente* mai mult prin diminuarea reacțiilor de apărare ale gazdei decît printr-o exaltare a agresivității microbilor asupra organismelor în cauză. Glucocorticoizii au o acțiune de supramare a reacțiilor inflamatorii locale și de inhibiție a apărării antimicrobiene, după cum pot inhiba și chiar suprima producerea de anticorpi.

Reamintim că glucocorticoizii deprimă fagocitoza (germenii distruși prin fagocitoză eliberează antigeni solubili care duc la formarea de anticorpi), ceea ce constituie un efect favorabil privind acțiunea antialergică, dar este în același timp un dezavantaj pentru apărarea împotriva infecțiilor. Prin acțiunile lor antiinflamatorii, antitoxice și antialergice, preparatele cortizonice au un rol predominant în terapeutica anumitor infecții grave, cu condiția ca infecția provocatoare să poată fi stăpînită prin chimioterapia antiinfecțioasă specifică bolii și cazului. Ignorarea sau nerespectarea acestui principiu fundamental poate produce dezastre. Prin urmare, glucocorticoizii pot fi introduși — cînd au indicații — dacă cunoaștem boala de fond, dacă cunoaștem germenele provocator și administrăm antibioticul indicat (la unii germeni în funcție și de antibiograma respectivă). Anumite boli virotice reprezintă o excepție pentru că — deși nu posedăm împotriva lor un antibiotic cu acțiune antivirotică — există uneori indicații pentru preparate cortizonice. Reținînd că Prednisonul scade rezistența gazdei față de infecțiile virotice prin interferența sa cu reacțiile imunologice de apărare, putem fi îndreptățiți, la unii bolnavi și unele forme clinice, să recomandăm totuși preparatul cortizonic pentru a corecta reacțiile hiperergice (din anumite meningoencefalite, de exemplu), administrînd concomitent și γ-globuline, sînge.

b) Preparatele cortizonice favorizează *redeșteptarea infecțiilor latente* (îndeosebi tuberculoza și infecțiile stafilococice). De aceea, orice copil supus corticoterapiei va fi în prealabil testat la tuberculină, se va face examen radiologic pulmonar și se va cerceta anamneza în acest sens; existența unei tuberculoze în trecut sau numai *reacția pozitivă la tuberculină* impune administrarea de HIN 10 mg/kg/24 ore pe tot timpul curei cortizonice și 4 săptămîni după terminarea ei. Favorizarea infecțiilor latente sau creșterea virulenței unor germeni pînă atunci saprofiți poate fi deosebit de evidentă la anumiți bolnavi și în cazul unor anumite boli, cum sînt leucozele.

c) Notăm aspectul particular privind *endotoxinele bacililor gramnegativi*. Aceste endotoxine determină în organismul respectiv șoc, necroze celulare și sînt cauza cea mai obișnuită a fenomenului Shwarzmann. Am arătat că glucocorticoizii au un efect favorabil asupra șocului toxic însuși; dar administrarea lor nepotrivită (de exemplu, în momentul eliberării masive de endotoxine) poate determina leziuni degenerative și necrotice severe care amintesc reacția Shwarzmann.

De aceea indicația de preparate cortizonice la boli provocate de bacili gramnegativi care produc endotoxine (salmonele, brucele, *B. coli*) va fi îndeosebi de bine motivată și terapeutica va fi instituită la momentul oportun, pentru a nu expune la accidente dramatice.

Scanned with OKEN Scanner

d) Vîrsta, terapeutica cortizonică și spitalizarea favorizează noi infecții, care pot evolua — cel puțin la început — discret (ceea ce nu înseamnă ușor), „camuflat", cu semne clinice puține și cu un tablou clinic anormal. Curele lungi predispun îndeosebi la contractarea unor infecții intercurente, virotice de multe ori, și care pot evolua uneori foarte grav (varicela). Unii au și recomandat ca instituirea în spital a unei cure cu cortizon să fie mai reticentă în cazul copiilor care nu au suferit de varicelă. Specialiștii sînt de acord că infecțiile intercurente care apar la copiii supuși curelor lungi sînt urmarea scăderii importante a apărării acestor bolnavi față de infecțiile de orice fel.

α) Infecția trebuie depistată precoce și tratată imediat și corespunzător (după prelevarea pentru culturi și antibiogramă dacă este cazul), cu doze importante din antibioticul indicat. Atenția medicului trebuie să fie mereu trează în această privință: ori de cîte ori starea bolnavului se înrăutățește, trebuie considerată și posibilitatea unei infecții supraadăugate, chiar fără febră. Reapariția febrei poate fi datorită bolii de fond, dar de cele mai multe ori este provocată de o nouă infecție!

β) Nu întrerupem corticoterapia. Din cauza inerției secundare a suprarenalei, organismul nu este capabil să se opună *stress*-ului reprezentat de o infecție mai serioasă. De aceea, în prezența unei stări infecțioase mai severe vom dubla sau tripla posologia derivatului cortizonic.

γ) Din motivele expuse la „inerția corticosuprarenaliană indusă" vom reintroduce drogul (o doză cel puțin egală cu doza de atac folosită la cura respectivă) cînd apare o infecție severă la un bolnav căruia i s-a oprit de curînd (săptămîni-luni) preparatul cortizonic.

e) Nu sîntem partizanii unui tratament cu antibiotice aplicat preventiv tuturor bolnavilor supuși unei cure cortizonice, indiferent indicația, durata și dozele. Sugerăm numai unele puncte de reper.

α) O „acoperire" îndelungată cu antibiotice modifică flora microbiană saprofită și înlesnește pătrunderea în organism a germenilor patogeni refractari față de antibioticul utilizat și determină astfel o infecție foarte greu de tratat.

β) Cînd bolnavii sînt tratați timp îndelungat cu doze foarte mici de preparate cortizonice (hepatite cronice, reumatism cronic etc.), pericolul unei infecții nu este mai mare dacă doza de Prednison nu depășește 5—10 mg/zi. Dacă un asemenea bolnav face o infecție, ea se datorește mai curînd unei stări precare a reacțiilor de apărare a bolnavului decît nocivității cortizonului însuși.

γ) După unii specialiști, necesitatea unui antibiotic (de obicei, penicilina) poate fi justificată la unii bolnavi cînd instituim o cură cu doze mari de glucorticoizi.

Δ) Ori de cîte ori bolnavul este profund suferind și reacțiile lui de apărare antiinfecțioase par slabe sau nule (hemopatie severă sau malignă) este necesară și o terapie antiinfecțioasă.

În majoritatea cazurilor preferăm să urmărim foarte atent bolnavul și să intervenim prompt și energic la orice schițare a unei infecții supraadăugate.

Ad 4. Corticoterapia crește secreția clorhidropeptică din stomac și favorizează ulcerul gastroduodenal. Deși Prednisonul și Prednisolonul au fost mai des incriminați în această privință, se pare că efectul ulcerogen al diferi-

Scanned with OKEN Scanner

ților steroizi (la doze terapeutice echivalente) este cam același. Acest accident este favorizat de posologie (dozele care depășesc 10 mg/zi sînt de 10 ori mai ulcerogene decît cele sub 10 mg/zi) și de durata tratamentului (maximum de frecvență în a 3-a lună). Localizarea de predilecție este gastrică. Simptomatologia este frustă și atipică, rezumîndu-se adesea la senzația de greutate sau arsură epigastrică, fără legătură cu mesele. Sînt obligatorii: interogatoriu dirijat înainte de instituirea curei cortizonice, ca și — la cea mai mică bănuială — examenul radiologic. Profilaxie: la orice copil tratat cu preparate cortizonice vom recomanda: a) regim de cruțare gastrică, b) Ulcerotrat (sau pansamente alcaline) și c) Ulcomplex sau anticolinergice. Oprim Prednisonul la cea mai mică hemoragie digestivă.

Perforațiile gastrointestinale au semiologia torpidă, cu un minimum de dureri și repercusiuni generale. Bolnavii resimt mai puțin durerile provocate de ulcer sau de perforație, deoarece glucocorticoizii influențează și durerile prin modificările reacției tisulare la agresiune.

Ad 6. Echimozele cutanate, transpirațiile excesive și tendința la prurit sînt mai frecvente la Prednison și Prednisolon.

Ad 7. Crizele convulsive au fost puse în legătură cu perturbațiile hidroelectrolitice sau edemul cerebral, generate de preparatele cortizonice. Rare la tratamentele cu derivații de tipul Prednisonului, sînt totuși de temut la copiii care au mai suferit de convulsii, deoarece glucocorticoizii scad pragul convulsivant; la acești copii se va administra fenobarbital pe tot timpul curei cortizonice.

Tulburările psihice și psihologice constau în nervozitate, insomnie, modificări ale dispoziției sau psihicului și psihopatii de tip maniacodepresiv sau schizofrenic; apar mai curînd la bolnavii care au o predispoziție în acest sens. De aceea, instituirea tratamentului va fi serios motivată la copiii care au prezentat tulburări de comportament, instabilitate nervoasă, diateză neuropată. Dacă apar tulburările descrise, se impune oprirea curei; psihozele se vindecă după cîteva luni de tratament.

Ad 11. Oprirea bruscă sau *scăderea prea rapidă* a dozelor pot determina oboseală musculară, hipoglicemie moderată, ușoară hipertensiune arterială sau simptome mai importante de insuficiență suprarenală. Scăderea prea rapidă a dozei se exteriorizează de multe ori numai prin *repriza evolutivă (rebound)*, constatată mai ales în astm, tuberculoză și reumatism Bouillaud. Ar fi provocată de o insuficiență suprarenaliană tranzitorie și deci nu impune reluarea tratamentului. Profilaxia: vezi inerția corticosuprarenaliană indusă. La fiecare caz rămîne de clarificat măsura în care nu este o recădere a bolii, favorizată de tratamentul prea scurt (în acest caz trebuie reluată corticoterapia).

Ad 12. Încetinirea și oprirea creșterii sînt proporționale cu doza zilnică de glucocorticoid și cu durata tratamentului. Este prea devreme ca să putem formula o judecată definitivă asupra viitorului acestor copii, de multe ori grevați și de o boală severă, ca astmul grav sau reumatismul Still. Vom fi foarte reticenți în ceea ce privește instituirea corticoterapiei la boli și bolnavi care nu au indicații vitale pentru această terapie, la care se prevede un tratament lung, rezultate mediocre în timp și apariția — sigură — a corticodependenței (P.C.E.). În curele lungi vom coborî posologia pînă la acel mini-

Scanned with OKEN Scanner

mum care întreține un efect terapeutic; se vor încerca pauze și se vor asocia steroizii androgeni anabolizanți.

Ind.: multiplele acțiuni fiziologice și farmacologice, ca și variatele fenomene secundare de hipercortizonism exogen și hipocortizonism endogen trebuie perfect cunoscute de medicul care se hotărăște să prescrie o cură cu glucocorticoizi, oricît de scurtă. Medicul va analiza atent beneficiile pe care le poate avea bolnavul și riscurile care se pot ivi. Medicul va prescrie acest drog numai pe deplin sigur că are o indicație certă și că nu-i poate substitui o medicație mai ușor de mînuit, cu mai puține efecte secundare și cu riscuri mai reduse.

Înainte de a începe tratamentul, este necesar un studiu preliminar atent, pentru a ne asigura că nu există contraindicații. Bolnavii trebuie urmăriți cu grijă în timpul tratamentului cu precauțiile citate mai sus.

Tratamente farmacodinamice. Tratament antiinflamator. Reumatism Bouillaud, unele reumatisme cronice (boala Chauffard-Still, sindrom Wissler). Stopul lichidian și creșterea hipertensiunii intracraniene în meningita tuberculoasă.

Boli infecțioase bacteriene (asociat cu antibiotice): septicemie meningococică (?), unele septicemii, unele pneumonii bacteriene toxice, febră tifoidă toxică, bruceloze, tifos exantematic, unele tuberculoze, unele pleurezii, meningite și granulii); boli virotice: unele hepatite virotice acute și cronice, unele mononucleoze infecțioase, complicații ale infecției urliene, ca orhita sau meningoencefalita, encefalita rujeolică, meningoencefalite virotice cu etiologie neprecizată.

Boli sanguine: anemii hemolitice autoimune; citopenii sanguine (trombocitopenii) în care poate fi incriminat un factor alergic; leucemii acute; hemopatii aplastice.

Unele boli alergice: starea de rău astmatic, unele forme de edem Quincke și boala serului, unele forme de eczemă atopică; boli ale colagenului (purpura anafilactoidă Henoch-Schönlein — unele forme), lupus eritematos, dermatomiozite; laringotraheobronșitele severe, unele pneumonopatii grave dispneizante ale sugarului.

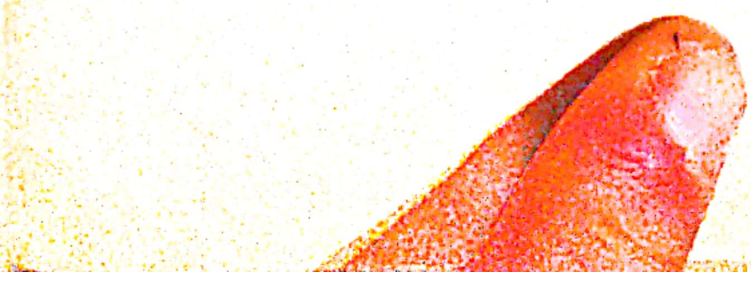
Unele toxicoze. Sindromul nefrotic pur. Unele forme ale hipertrofiei de timus.

Tratament de substituție: sindromul adrenogenital congenital, boala Addison.

Domeniul corticoterapiei se caracterizează — la adulți ca și la copii — printr-o continuă evoluție a ideilor privind teoria și practica sa. Astfel, unele indicații absolute, unele indicații relative, ca și unele contraindicații sînt mereu pe cale de a fi revizuite; apar mereu studii clinice și experimentale, care înclină balanța într-un sens sau altul (pentru anumite boli). Atragem astfel atenția că în ultimii ani, reticența față de corticoterapie este pusă în discuție în unele boli și situații:

— Unii specialiști acordă preferință acidului acetilsalicilic în unele forme ale reumatismului Bouillaud (p. 123).

— Specialiștii sînt aproape unanimi în a recomanda abținerea de la corticoterapia prelungită în P.C.E.



Scanned with OKEN Scanner

— În astm, unii o recomandă numai în starea de rău (alții o utilizează destul de larg).

C. ind.: a) pentru tratamentul farmacodinamic de durată se vor lua în considerație: în primul rînd beneficiul durabil care poate rezulta din acest tratament îndelungat în raport cu indicațiile reduse ale medicației la anumite boli; vom avea în vedere — în afara fenomenelor secundare proprii fiecărei vîrste — *oprirea maturației și oprirea creșterii* (de asemenea și instalarea corticodependenței); b) boli ca: ulcerul gastroduodenal, tulburările psihice, epilepsia, tuberculoza, infecțiile (de discutat indicațiile), plăgile, hipertensiunea arterială, insuficiența renală, osteoporoza accentuată, sindromul Cushing. Atenție la diabetici. Contraindicații oftalmologice: ulcerul dendritic al corneei, unele keratite (îndeosebi cea herpetică).

D.u.: în general, 1/5 din dozele de cortizon. *Doze substitutive* fiziologice: 0,15 mg/kg/24 ore sau 4 mg/M²/24 ore.

Sindrom adrenogenital: 0,35 mg/kg/24 ore sau 10 mg/M²/24 ore.

Dozele farmacologice variază mai mult în funcție de boală decît de greutate sau suprafață corporală: ca o indicație generală, doza de atac variază între 0,5 și 2 mg/kg/24 ore sau 35—60 mg/M²/24 ore. Doza de întreținere (cînd este utilizată): 1/4—1/16 mg/kg/24 ore. Doza zilei se împarte în 4 prize, la 6 ore în spital, cît mai egale în tratamentele ambulatorii.

Prednisonum aceticum subst. *(p.o.)* vezi Prednison.

Pregnyl. Fiole p. inj. *i.m.* Pr. med.

Hormon gonadotrop de origine placentară, extras din urina femeilor gravide.

Deși concentrația este exprimată în unități internaționale, nu există o metodă standard de titrare; de aceea diferitele produse au o activitate biologică foarte inegală.

Conține mai ales gonadostimulină B (hormonul luteinizării sau L.H.). Stimulează transformarea foliculului în corp galben și favorizează producția estrogenilor.

Fen.sec.: a) ale hormonului luteinizării înainte de pubertate: grăbește apariția caracterelor sexuale secundare; b) hormonul însuși, ca și impuritățile protidice din produs determină formarea de anticorpi, care pot provoca reacții alergice. Acești anticorpi inactivează după cîteva săptămîni gonadostimulina injectată pe cale parenterală și par chiar capabili să inactiveze stimulinele endogene produse de hipofiză.

Ind.: retenția testiculară; chiar dacă este provocată de un obstacol anatomic, o cură preoperatorie este utilă.

C. ind.: tulburările de dezvoltare cu absența gonadelor sau gonade areactive. Pubertate precoce, hipertensiune arterială.

D.u.: opiniile sînt diferite în această privință: 500 u. × 3/săptămînă *i.m.* Dacă tratamentul nu dă rezultate după o cură totală cu 10 000 u., se repetă tratamentul după o pauză de 6 săptămîni. Dacă rezultatul este parțial, se continuă cura pînă la totalul de 20 000 u. (vezi și p. 202).

Probanthine *(Propanthelinum bromatum* — D.C.I.*).* 30 mg p. 1 fiolă a 1 ml *(i.m., i.v.* diluat*).* Compr. a 30 mg. Pr. med.

Scanned with OKEN Scanner

Mod de acțiune, fen. sec., ind. și *c. ind.:* vezi Neopepulsan.

Fiole. Această formă poate fi prescrisă în colicile mușchilor viscerali abdominali.

D.u.: III: 10—15 mg/doză la o urgență *(i.m.).*

Pulberea va fi dizolvată cu 1 ml apă distilată (p. inj. *i.m.)* sau 10 ml ser fiziologic (p. inj. *i.v.*).

Compr. Vezi Neopepulsan.

Probenecid (D.C.I.). *Acidum p-(di-N-propyl-sulfanyl) benzoicum* 0,50 g p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.).* Pr. med.

Întîrzie eliminarea penicilinei și PAS prin scăderea permeabilității tubilor renali pentru aceste substanțe. Penicilinemia crește astfel de 2 ori iar doza de PAS poate fi redusă cu 25%. Vezi și Pyopen.

Fen. sec.: toxicitate redusă, rar greață și erupții cutanate. Supradozarea determină excitarea S.N.C. pînă la convulsii.

Ind.: tratamentele cu penicilină și PAS. *C. ind.:* insuficiența renală.

D.u.: prima zi 25 mg/kg/24 ore, apoi 10 mg/kg/24 ore ca tratament de întreținere; sau 1—2 g/24 ore, după vîrstă. Doza se împarte în 4 prize la 6 ore. Nu se vor administra concomitent salicilați, care împiedică acțiunea drogului.

Procainã. *Procainum hydrochloricum* (D.C.I.) 0,20 g/1 fiolă de 20 ml, concentrație 1%; 0,04 g/1 fiolă de 2 ml, concentrație 2%; 0,08 g/1 fiolă de 2 ml, concentrație 4%; 0,10 g/1 fiolă de 2 ml, concentrație 8% p. anestezie locală și locoregională (0,25—0,50—1%), anestezie rahidiană (5—8%) și *i.v.* (0,25—1%).

Acțiune anestezică locală: blochează conducerea influxului nervos în fibrele și terminațiile nervoase.

Acțiune asupra S.N.C.: are acțiune antiacetilcolinică, blochează receptorii histaminergici. Administrată parenteral, produce un grad de analgezie generală proporțională cu doza administrată; concomitent se produc și ușoare fenomene de excitație centrală (agitație, logoree); dozele foarte mari pot produce convulsii.

Acțiune asupra aparatului cardiovascular: scade excitabilitatea și conducerea miocardică; la anumite aritmii poate restabili ritmul sinuzal normal. Arteriolodilatația explică, în asociere cu deprimarea cardiacă, hipotensiunea arterială.

Fen. sec.: cefalee, tremurături, crampe ale extremităților, tahicardie sau bradicardie. Hipersensibilitatea se manifestă prin reacții alergice, excitație motorie (convulsii) și psihică.

Doza toxică este în funcție și de viteza penetrației și a absorbției (drogul se degradează după aceea repede prin hidroliză); la copii mai mari, doza toxică (pentru anestezia locală și tronculară) variază între 0,20 și 2 g.

Aplicarea pe tegumente și mucoase poate produce o dermatită alergică.

Tratamentul intoxicației: respirație artificială și adrenalină dacă respirația s-a oprit; după restabilire, doze mici de nicetamidă sau pentetrazol. Dacă drogul a fost ingerat: se va administra antidot universal, iar conținutul gastric va fi îndepărtat prin spălătură gastrică cu sol. $1‰$ permanganat de potasiu. Idiosincrazia poate determina moartea.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: şoc compensat, accidente anafilactice, embolii pulmonare, tulburări de ritm cardiac (este preferabilă procainamida), colici viscerale, anestezie locală (efectul ei vasodilatator face adesea necesară asocierea de vasoconstrictorii). *C. ind.:* alergie la procaină, insuficienţă gravă hepatică şi renală, şoc decompensat, hipotensiune arterială, miastenie.

D.u.: anestezie locală: 0,25—1 g%.

I.v.: în urgenţe (sol. 1%), şi numai în spital, la indicaţia precisă a medicului: 4 mg/kg sau 0,01 g/an de vîrstă.

Proculin. *Naphazolinum hydrochloricum* 0,03%, *Zincum sulfuricum* 0,25%, *Acidum boricum* 1,5%, *Natricum propionicum* 1% în ser fiziologic. Flacon a 10 ml *(ext.* în oftalmologie*)*. Pr. med.

Ind.: afecţiuni inflamatorii ale ochilor.

D.u.: de mai multe ori pe zi cîte 1 picătură în colţul intern al fiecărui ochi.

Progesteron *(Progesteronum* — D.C.I.*)* 5 şi 10 mg p. 1 fiolă sol. uleioasă p. inj. *i.m.* Cutie cu 3 fiole. Pr. med.

Prepară faza secretorie a endometrului sensibilizat de estrogeni; favorizează creşterea ţesutului glandular al sînilor; favorizează retenţia clorurilor, sodiului şi apei.

Fen. sec.: administrarea prelungită poate determina distensiune abdominală, greaţă, acnee. Uleiul poate determina oleoame la locul injecţiilor.

Ind.: hiperfoliculinemie, amenoree (în asociere cu estrogeni). *C. ind.:* insuficienţa estrogenilor.

D.u.: 30 luni—15 ani: 0,002—0,01 g/zi *i.m.*, cură după indicaţia precisă a medicului specialist.

Protamin-sulfat *(Protaminum sulfuricum* — D.C.I.*)*. Sulfat de protamină 50 mg p. 1 fiolă 5 ml sol. 1% *(i.v.)* şi 250 mg p. 1 fiolă 5 ml sol. 5% *(i.m.)*. Pr. med.

Protaminele sînt proteine cu moleculă mică (de aceea nu produc fenomene anafilactice), care se combină cu heparina şi formează săruri insolubile.

Ind.: hemoragiile din cursul heparinoterapiei.

Mod de administrare: se opreşte tratamentul cu heparină şi efectele ei sînt neutralizate astfel:

— dacă heparina a fost injectată *i.v.*, se va injecta *i.v.* sol. de protamină 1%; dacă este nevoie, injecţia se poate repeta de una sau mai multe ori la 15 minute;

— dacă heparina a fost introdusă *i.m.* sau *s.c.*, se va injecta imediat *i.v.* o fiolă sol. 1%, iar i.m. se va face de 2 ori cîte 1 fiolă sol. 5% (la 3 ore interval).

Purinethol *(Mercaptopurinum* — D.C.I.*)*. 6-Mercaptopurină 50 mg, p. 1 compr. Flacon cu 25 compr. Pr. med.

Antimetabolit, antagonist al purinei; este încorporat în elementele figurate sanguine şi rămîne aici aproximativ 2 săptămîni. Aceasta sugerează că îşi exercită acţiunea prin pătrunderea în celulele leucemice din sînge şi interferează cu funcţiile lor.

Fen. sec. şi *precauţii:* toxicitatea este anunţată de leucopenie, trombocitopenie şi tendinţa la hemoragii la un bolnav în remisiune; tratamentul va fi întrerupt 1 săptămînă sau mai mult. 6-Mercaptopurina poate fi admi-

Scanned with OKEN Scanner

nistrată în prezența trombocitopeniei; trombocitele cresc în unele cazuri și dispare tendința la hemoragii.

Sînt rare diareea ușoară și simptomele asemănătoare cu sprue.

Pot fi observate leziuni bucale care seamănă mai mult cu moniliaza bucală decît cu ulcerațiile produse de ametopterină. Deși nu s-a semnalat o toxicitate hepatică și renală, este prudent ca tratamentul să fie început cu doze mai reduse la bolnavii ale căror funcții renale sînt alterate.

Ind.: leucemia acută (copiii răspund mai bine decît adulții, îndeosebi aceia care au devenit rezistenți la acțiunea ametopterinei). Leucemia mieloidă cronică (la puțini bolnavi se obțin remisiuni clinice și hematologice). *C. ind.:* tratamentul va fi oprit cînd apar semne de toxicitate.

D.u.: doza eficace sau tolerată de 6-mercaptopurină variază de la bolnav la bolnav, deci drogul va fi mînuit cu atenție pentru a se obține maximum de efect terapeutic cu o toxicitate minimă.

Produsul se administrează *p.o.*, în doză inițială de aproximativ 2,5 mg/kg/zi într-o singură priză; majoritatea copiilor tolerează bine această doză. Dacă după 4 săptămîni nu sînt semne de ameliorare și nici de toxicitate, doza poate fi crescută la maximum 5 mg/kg/zi.

Se va urmări cu atenție numărul leucocitelor.

Deoarece drogul are o acțiune întîrziată, medicația trebuie întreruptă cînd începe să scadă numărul leucocitelor; tratamentul va fi reluat dacă leucocitoza rămîne constantă 2—3 zile sau crește.

Pyopen (Carbenicilin). α—Carboxibenzilpenicilină 1 g și 5 g p. 1 flacon (pentru preparat sol. apoase inj. *i.m.*, *i.v.*, *i.r.* și intraarticular). Cutie cu 10 flacoane. Pr. med.

Carbenicilina este o penicilină semisintetică, cu spectru relativ larg, dar a cărui particularitate este activitatea asupra *Pseudomonas aeruginosa*. Antibiotic bactericid și puțin legat (aproximativ 50%) de proteinele sanguine, este atacat de acizi (deci trebuie administrat numai pe cale parenterală). Se absoarbe repede (după o oră de la injecția *i.m.* atinge maximumul concentrației serice) și menține nivelul sanguin timp de 4 ore. Aproximativ 80% din doza injectată se elimină în 6 ore prin urină; datorită acestei eliminări și concentrării respective, nivelul urinar este foarte înalt și depășește C.I.M. (concentrația inhibitorie minimală) pentru *Pseudomonas aeruginosa*. Administrarea concomitentă de Probencid determină dublarea și prelungirea concentrației sanguine, ca și scăderea concentrației urinare. Pătrunde puțin în L.C.R.

Aceeași lipsă de toxicitate, ca și în cazul celorlalte peniciline, permite la nevoie o posologie ridicată.

Spectrul de acțiune: Pseudomonas aeruginosa este sensibil la carbenicilină, dar la concentrații foarte înalte (pentru infecțiile sistemice sînt de aceea necesare doze foarte mari, calea *i.v.* și asocierea cu Probenecid); multe tulpini de *Proteus vulgaris*, *rettgeri* și *morgagnii* sînt foarte sensibile la carbenicilină.

Fen. sec.: ale penicilinelor, deci manifestările respective de hipersensibilitate.

Ind.: infecțiile grave cu *Pseudomonas aeruginosa*. Deși carbenicilina este mai puțin activă asupra acestui germene decît polimixina și colimicina,

Scanned with OKEN Scanner

lipsa ei de toxicitate permite o posologie înaltă, condiție obligatorie pentru obținerea C.I.M. necesară pentru acești germeni: infecții urinare, arsuri infectate, septicemii, meningite. *C. ind.:* bolnavii alergici la penicilină.

D.u.: posologia este dependentă de locul infecției și de sensibilitatea germenului în cauză. Pentru infecții urinare și arsuri infectate: 100—300 mg/kg/24 ore (inj. *i.m.*, la 6 ore). Doze foarte mari și pe cale *i.v.* în septicemii: 2—20 g/24 ore în inj. *i.v.* sau perfuzii *i.v.* (carbenicilina este compatibilă cu toate sol. *i.v.* folosite în mod obișnuit); se va asocia Probenecid.

În meningite se folosește posologia din septicemii și se injectează zilnic *i.r.* sau intraventricular 5—30 mg carbenicilină.

Antibioticul se dizolvă în apă distilată; își păstrează activitatea la +4° încă 5 zile.

Pyostacine *(Pristinamycinum* — D.C.I.*)*. 250 mg p. 1 compr. *(p.o.)*. Flacon cu 20 compr. Pr. med.

Antibiotic produs de *Streptomyces pristinae spiralis* și care face parte din grupul sinergistinelor (împreună cu virgimicina). Este foarte activ asupra stafilococilor.

Bacteriostatic în concentrații slabe, dovedește și o activitate bactericidă rapidă și puternică față de stafilococi, de obicei la concentrații cu puțin superioare celor bacteriostatice și accesibile în terapeutică. Din acest ultim punct de vedere se apropie mai mult de penicilină decît de grupul macrolidelor (Eritromicină, Spiramicină, Oleandomicină).

Cercetările asupra pristinamicinei (publicate pînă în 1967) arată că:

— stafilococii sînt foarte rar rezistenți înainte de începerea tratamentului;

— instalarea rezistenței dobîndire este foarte lentă *in vitro*, iar în clinică nu s-au descris cazuri de apariție a rezistenței în cursul tratamentului stafilocociilor;

— datele privind rezistența încrucișată sînt fragmentare și în parte divergente (stafilococilor li s-a creat în laborator o rezistență încrucișată față de virgimicină și macrolide, dar în clinică faptele par să nu se confirme în ceea ce privește macrolidele).

Fen. sec.: deși tratamentul este adesea îndelungat, bilanțul funcțional hematologic, hepatic și renal nu arată perturbări. Tulburările digestive sînt destul de rare: greață, gastralgii, diaree, excepțional de rar vărsături, glosită. Pot ceda spontan sau după reducerea dozelor (dacă situația permite aceasta) sau după oprirea tratamentului.

Ind.: infecții stafilococice care necesită antibioterapie generală (în asociere cu terapeutica chirurgicală, ortopedică locală necesară).

D.u.: 50—100 mg/kg/24 ore, repartizate în 2—3 prize (exclusiv *p.o.*); la copii de 10—15 ani se recomandă 1,50—2 g/24 ore (adulți 2—3 g/24 ore); la copii sub 4—5 ani, doza respectivă va fi pisată și dizolvată într-un excipient.

Administrarea vitaminelor complexului B și a bacililor lactici este un complement util.

Durata tratamentului: în funcție de tipul stafilocociei și evoluția bolnavului.

Pyrolidino-metyltetraciclin *(Rolitetraciclinum* — D.C.I.*). Pyrrolidinmetyltetracyclin* pulbere (corespunde la 250 sau 100 mg clorhidrat de tretraciclină) p. 1 flacon + 1 fiolă de 10 sau 5 ml solvent. Pr. med. Term. val.

Scanned with OKEN Scanner

Derivat al tetraciclinei, injectabil numai pe cale *i.v.* (vezi și Reverin).

Fen. sec.: cele privind tetraciclina în general. Pentru calea *i.v.* vezi Reverin.

Ind.: vezi Reverin. *C. ind.:* vezi Tetraciclină.

D.u.: I, II, III: 5—10 mg *i.v.*/kg/24 ore, fără a depăși 100 mg/24 ore la sugari și copii sub 3 ani sau 250 mg/24 ore la copii de 3—15 ani. Producătorul recomandă ca doza/24 ore să fie împărțită în două injecții la 12 ore interval.

Mod de administrare: vezi Reverin.

Precauții: vezi Reverin.

Raunervil *(Reserpinum* — D.C.I.*)*. 2,5 mg p. 1 fiolă a 1 ml p. inj. *i.m.* Cutie cu 10 fiole. Pr. med. Vezi Hiposerpil.

Forma injectabilă are indicații reduse: unele complicații ale glomerulonefritei acute, în psihiatrie.

D.u.: în hipertensiunea arterială severă, complicație a glomerulonefritei acute: *i.m.* 1 doză de 0,07 mg/kg sau 2 mg/M² (fără a depăși 1,25 mg la copilul mare); poate fi administrată singură (sau asociată cu hidralazina) de 1—2 ori la 12—24 ore interval.

Razebil. Acid *N-(3-amino-2,4,6-triiodbenzoil)-N-fenil-β-aminopropionic* 0,75 g p. 1 compr. Flacon cu 16 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Substanță de contrast iodată (57,51%), care se absoarbe rapid și complet în intestin și se elimină rapid prin bilă.

Fen. sec.: tulburările provocate de intoleranța la iod.

Ind.: examenul radiologic al căilor biliare (colecistografii, colangiografii). *C. ind.:* ale substanței de contrast; hipersensibilitate la iod (stări alergice, șoc), boli acute hepatice, insuficiență hepatică și renală, tuberculoză evolutivă, hipertiroidism, diabet decompensat etc.) și alte situații care determină ineficiența colecistografiei orale (gastroenterite acute, icter).

Posologie: 50 mg Razebil/kg. Pregătirea bolnavului, modul de administrare, precauții etc. conform instrucțiunilor din prospect.

Testarea reacției la Razebil se va face cu 2 zile înainte de examen.

Resina scammoniae subst. *(p.o.)*.

Ind.: purgativ drastic. *C. ind.:* afecțiuni inflamatorii acute ale tubului digestiv, ileus. Copii sub 6 ani.

D.u.: III: 0,05—0,20 g.

Remineron. *Calcium gluconicum* 10 g, *Calcium phosphoricum tribazicum* 10 g, Excipient *q.s. ad* 100 g granule. Cutie cu 100 g *(p.o.)* (vezi: Calciu gluconic).

Fosfatul de calciu tribazic aduce un aport de fosfor, care favorizează asimilarea calciului și participă la procesele de metabolism.

Ind.: adjuvant în rahitism și supliment alimentar în cursul creșterii rapide, convalescență, astenie. *C. ind.:* hipo- și anaciditate gastrică, unele insuficiențe ale glandelor paratiroide.

Granulele nu pot fi administrate întregi copiilor sub 3—4 ani.

D.u.: 1—2 lingurițe/zi (pisată pentru copii sub 3—4 ani).

Resorcinolum subst. *(ext.)*. Antiseptic slab, antimicotic.

Ind.: psoriazis, acnee, eczeme cronice, unele dermatomicoze.

Scanned with OKEN Scanner

C. ind.: copii mici, cărora le poate determina leziuni renale.

Mod de administrare: unguent 2—10%; soluții 1—2—(3)%. Incompatibil cu alcalinele. Nu va fi pus în contact cu rufăria de nylon.

Reticulin. Substanțe desensibilizante din celulele reticulohistiocitare p. 1 fiolă a 2 ml p. inj. *s.c.* sau *i.m.* Cutie cu 5 fiole.

Stimulent al S.R.H.; crește deci puterea de apărare a organismului. Combate edemul și inflamația. Tinde să mențină la valori normale echilibrul dinamic dintre sistemul nervos simpatic și cel parasimpatic.

Fen. sec.: rar și trecător: cefalee, greață, eriteme.

Ind.: stări alergice. *C. ind.:* nefrite, hepatite. Copii sub 3 ani.

D.u.: 3—7 ani: 1 ml la 2 zile; 7—15 ani: 2 ml/zi sau la 2 zile.

Retrohipofiză. *Pulvis hypophysis (pars posterior)* 1 g (a cărei activitate ocitocică este egală cu 1 000 u.) p. 1 fiolă închisă cu dop de cauciuc p. prize nazale. Pr. med. Term. val.

Vasopresina conținută în această pulbere se absoarbe la suprafața mucoasei nazale și are acțiune antidiuretică, stimulînd în special reabsorbția tubulară a apei.

Fen. sec.: dozele mari pot provoca cefalee, palpitații, diaree; uneori pot apărea fenomene de intoleranță la nivelul mucoasei nazale.

Ind.: diabet insipid de origine retrohipofizară. *C. ind.:* leziuni inflamatorii ale mucoasei nazale.

D.u.: prize nazale de 25—50 mg, în funcție de densitatea și cantitatea urinii. Prizarea se face alternativ, de fiecare dată pe altă nară. Pulberea nu va fi aspirată prea puternic (dacă ajunge la faringele posterior nu mai este absorbită).

Reumacif. *Natrium salicylicum* 0,50 g p. 1 drajeu enterosolubil. Flacon cu 50 drajeuri *(p.o.)*. Vezi *Natrium salicylicum.*

Tulburările digestive sînt în bună parte evitate, deoarece medicamentul este eliberat abia în intestin; drajeurile trebuie înghițite întregi.

Reverin I. V. *(Rolitetraciclinum* — D.C.I.*). Pyrrolidinomethyltetracyclin* 275 mg p. 1 flacon (+ 1 flacon 10 ml apă distilată *pro* inj.), *i.v.* Pr. med. Term. val.

Derivat al tetraciclinei, care permite obținerea unor niveluri serice ridicate timp de 24 ore. Farmacokinetica sa este similară cu aceea a tetraciclinei, cu deosebirea că în intestin concentrațiile sînt joase și rezultate numai din cantitățile de drog eliminate o dată cu bila.

Fen. sec.: vezi Tetraciclină, cu mențiunea că accidentele digestive sînt rare, datorită concentrației joase din intestin. În ceea ce privește administrarea pe cale *i.v.*, menționăm că:

a) în timpul sau imediat după injecție, bolnavii pot simți frecvent în gură un gust trecător metalic sau de eter. Injectarea prea rapidă poate produce ameteli și fenomene vasomotorii (senzație de căldură, roșeața obrajilor, foarte rar chiar sincopă); fenomenele dispar după oprirea injecției. Uneori: senzații de frig, fior, urmate de febră (fără a se fi găsit o explicație pentru aceasta; probabil că fenomenul este similar celui care apare în cursul reacției Herxheimer și s-ar produce cînd infecția este determinată de germeni foarte sensibili la tetraciclină). Reacții alergice grave sînt rare.

Scanned with OKEN Scanner

b) Food and Drug Administration (F.D.A.) din S.U.A. atrage atenția (informare către O.M.S. — 1964) că „În anumite condiții, rolitetraciclina administrată pe cale parenterală poate provoca grave leziuni renale sau hepatice. S-au semnalat decese în urma unui tratament parenteral intensiv (care în majoritatea cazurilor a fost administrat pentru combaterea unor infecții în timpul sarcinii). Aceste efecte nocive par să fie legate de starea funcțională a rinichilor și/sau a ficatului, ca și de posologia și durata tratamentului cu rolitetraciclină. În cazul în care tratamentul trebuie să fie prelungit sau foarte intens (în special în cursul sarcinii sau în caz de afecțiune renală prezumtivă sau confirmată) este obligatoriu să se facă determinarea azotului ureic din sînge și să se execute teste ale funcției hepatice, înaintea și în timpul tratamentului. Reacțiile benigne cu aspect grav temporar dispar în general la oprirea tratamentului și la terapia adecvată".

F.D.A. mai recomandă ca în prospectele care însoțesc acest drog să se precizeze că tetraciclina nu trebuie folosită pe cale parenterală decît dacă tratamentul pe cale orală este imposibil sau rău tolerat; se accentuează asupra necesității de a se institui terapia orală imediat ce ea devine posibilă.

Ind.: infecții cu germeni tetraciclinosensibili. Calea *i.v.* se va folosi numai atîta timp cît calea bucală este contraindicată (comă, vărsături). Imediat ce este posibil se vor administra formele pentru calea orală (vezi și rezervele privind administrarea tetraciclinei în prima copilărie, la hepatici și renali). *C. ind.:* vezi Tetraciclină.

D.u.: 10 mg/kg/24 ore, cu mențiunea că sugarii și copiii sub 3 ani nu vor primi peste 110 mg/24 ore și copiii peste 3 ani mai mult de 275 mg/24 ore. Dacă la bolnavii grav este necesară o posologie mai ridicată, doza zilnică va fi împărțită în 2 injecții, la 12 ore interval; în acest caz, la sugari și copiii sub 3 ani fiecare doză (calculată după greutate) nu va depăși 110 mg, iar la copiii mai mari va fi de cel mult 275 mg.

Mod de administrare: soluția se prepară extemporaneu, prin amestecarea solventului (10 ml) cu pulberea (fiecare 1 ml conține 27,5 mg rolitetraciclină). Se agită de cîteva ori pînă la completa dizolvare. Soluția obținută este clară, galbenă-verzuie; cea neconsumată poate fi păstrată 24 ore la răcitor. Injecția *i.v.* trebuie făcută încet, în cel puțin 1 minut; la bolnavii foarte gravi, caşectici etc. este prudent ca injecția să dureze 2—3 minute.

Poate fi administrată în perfuzie, dar este preferabil să fie injectată la începutul perfuziei, pentru a se beneficia imediat de un nivel terapeutic.

Precauții. Injecția trebuie făcută foarte prudent și încet la bolnavii care primesc fenotiazine, medicamente hipotensive, digitalice, strofantină. În cazul cardiotonicelor, reținem că rolitetraciclina conține săruri de magneziu (sub formă de gluconat) care — ca și calciul — pot întîrzia conducția excitației cardiace; de aceea, la acești bolnavi, drogul va fi injectat foarte încet (2—3 minute), cu altă seringă și nu în același timp cu cardiotonicul.

Reverin I. M. Rolitetraciclină 150 mg, 40 mg Xilocain (și 1 fiolă cu 2 ml apă distilată p. inj. *i.m.*). Pr. med. Term. val.

Vezi Reverin i.v. și Tetraciclina, cu mențiunea că resorbția acestui produs este în funcție și de grosimea masei musculare, ca și de tehnica corectă a injecției. De aceea, produsul poate fi folosit numai la copii peste 1 an, strict și profund *i.m.* (peste 2 ani la hipotroficii ale căror mase musculare sînt reduse).

Scanned with OKEN Scanner

Fen. sec.: în afară de cele enunțate la Reverin și Tetraciclină, inj. *i.m.* poate determina o senzație trecătoare și nelocalizabilă de apăsare.

Ind. și *c. ind.:* vezi Reverin i.v., cu rezervele de mai sus privind vîrsta. La stări septice este indicat să se înceapă cu forma *i.v.*

D.u.: copii sub 3 ani: 10 mg/kg/24 ore, dar cel mult 100 mg/inj.; la copii de 3—10 ani, doza zilnică va fi în general de 150 mg (o injecție). La boli foarte grave, injecțiile pot fi repetate la cîte 12 ore.

Mod de administrare: soluția se prepară extemporaneu prin amestecarea solventului (2 ml) cu pulberea (fiecare 1 ml conține 75 mg Rolitetraciclină). Se agită puternic de mai multe ori și se injectează doza indicată profund și strict *i.m.* Suspensia neconsumată poate fi păstrată 24 ore la răcitor.

Revulsin. *Benzylium nicotinicum* 3 g p. 100 g sol. Flacon cu 50 ml *(ext.)*. 3 g p. 100 g unguent. Tub cu 18 g *(ext.)*.

Vasodilatator, care produce la locul aplicării (după cîteva minute) eritem, creșterea temperaturii locale și o scădere a senzațiilor dureroase.

Ind.: nevralgii, nevrite, reumatism cronic, pleurite. *C. ind.:* copii sub 10 ani.

Mod de administrare: se aplică (cu un ușor masaj) un strat subțire pe regiunea respectivă.

Rheomacrodex. Flacon cu 500 ml p. perfuzii *i.v.* Pr. med.

Dextran cu greutate moleculară medie (40 000); în proporția de 10% este o soluție coloidală hiperoncotică.

Ind.: hemoconcentrația produsă de arsuri severe, zdrobire gravă, embolie grăsoasă, unele indicații în chirurgie.

Rifocin *(Rifamicinum* — D.C.I.*)*. Rifamicină S.V. 250 mg/fiolă 3 ml și 125 mg/fiolă 1,50 ml p. inj. *i.m.* Pr. med.

Derivat al rifamicinei B, antibiotic activ asupra cocilor grampozitivi (în bilă și asupra unor bacili gramnegativi pentru că aici realizează concentrații foarte înalte) și asupra B. K. în aplicații locale. Nu pătrunde în L.C.R. Exercită efecte bactericide asupra germenilor aflați în faza logaritmică de înmulțire. Nu pare să existe rezistență încrucișată cu alte antibiotice.

Fen. sec.: reduse (erupții alergice).

Ind.: infecții cu stafilococi și streptococi rezistenți la alte antibiotice. Infecții ale căilor hepatobiliare. Tratamente locale pentru unele localizări tuberculoase.

D.u.: copii peste 7 ani și 25 kg cîte o fiolă a 250 mg *i.m.* la 12 ore (la 8 ore pentru bolnavii grav); copii sub 7 ani și sub 25 kg: 10—30 mg/kg/24 ore, în 2 inj. *i.m.* la 12 ore (ceea ce corespunde în practică cu 0,75 ml la 12 ore pentru sugari și 1,5 ml la 12 ore pentru copii sub 7 ani și sub 25 kg).

Rinofug *(Naphazolin* — D.C.I.*)*. *α-Naphtylmetylimidazolinumhydrochloricum* 0,10 g, *Natrium chloratum* 0,90 g, *Nipaginum* 0,05 g, *Alcoholum aethylicus* 100 ml. Flacon cu 10 ml sol. *(ext.*, nas, ochi*)*. Term. val.

Vasoconstrictor al mucoaselor nazale și oculare.

Fen. sec.: deși nu produce (ca adrenalina) vasodilatație secundară, totuși, practic, se observă o congestie ulterioară a mucoaselor; efectul este mai pronunțat dacă produsul este administrat timp mai îndelungat. Resorb-

Scanned with OKEN Scanner

ția unei cantități mari poate produce hipertensiune arterială. Sugarii, chiar și copiii mici, sînt foarte sensibili la nafazolină: aceasta le poate provoca somnolență, colaps și comă, chiar moartea.

Ind.: unele rinite, coriză vasomotorie; unele conjunctivite. *C. ind.:* sugari.

D.u.: soluția se va dilua 1:2 (1 ml Rinofug cu 2 ml apă distilată) pentru copii de 1—3 ani și 1:1 pentru copii mai mari. Se introduc cîte 3—4 pic. din diluția respectivă în fiecare nară; se repetă de 2—3 ori/zi, timp de 3—4 zile.

Rinosept. *Camphora* 0,30 g, *Eucalyptolum* 0,30 g, *Natrium tetraboricum* 0,06 g, *Procainum hydrochloricum* 0,50 g, *Oleum niaouli* 0,50 g, *Thymolum* 0,05 g, *Excipiens q.s. ad* 100 g. Tub cu 10 g unguent *(ext.* p. nas*)*. Acțiune moderată, dezinfectantă, analgezică și dezodorizantă asupra mucoasei nazale.

Fen. sec.: alergia la procaină. Copii sub 3 ani.

Ind.: rinite cronice, crustoase, uscate, atrofice.

D.u.: copii peste 3 ani: se introduce de 2—5 ori/zi cîte o mică cantitate de unguent în fiecare nară.

Rivanol *(Aethacridinum lacticum* — D.C.I.*)*. Lactat de 2-etoxi-6,9-diaminoacridină, subst. *(ext.)*. Pr. med.

Derivat de acridină, antiseptic, cu acțiune asupra cocilor piogeni; bine tolerat.

Ind.: plăgi infectate, piodermite, eczeme infectate, conjunctivite, rectocolite.

D.u.: soluția se va prepara proaspăt. Pentru obținerea unei soluții izotonice se adaugă glucoză 5% (nu NaCl). Soluții: 1—2‰; pentru pomezi sau paste: 0,5—1%; pentru paste „uscate": 1—5%; pentru pulverizări: 2½%. Soluții pentru clisme: 1/3 000—1/10 000. Prișniț în arsuri: 1/5 000.

Incompatibilități: acid salicilic, acid tanic, combinații argentice, cloramină, ihtiol, hidrargir biclorat, iod, *liq. alum. acet.*, bicarbonat de Na, clorură de Na, tumenolamoniu, zinc clorat.

Romavit. *Acidum paraaminobenzoicum* 0,50 g p. 1 compr. Cutie cu 20 compr. Pr. med.

Enzimă indispensabilă dezvoltării bacteriilor; datorită similitudinii de structură se substituie sulfamidelor, deci Romavit este un antagonist al sulfamidelor.

Alte acțiuni: favorizează sinteza acidului folic, a biotinei, a acidului pantotenic; intervine în transportul și utilizarea fierului; intervine în unele funcții hepatice, procese enzimatice, în cicatrizarea plăgilor.

Fen. sec.: dozele terapeutice pot determina: greață, vărsături, febră și erupții medicamentoase; dozele toxice: meteorism, delir; tratamentul îndelungat favorizează acidoza.

Ind.: tulburări ale creșterii, boli alergice, adjuvant în reumatism, anemii. *C. ind.:* tratament cu sulfamide.

D.u.: I: 0,035 g/kg/zi, timp de 10 zile. II, III: 0,25 g/zi.

Romazulan. *Extractum chammomillae* 96 ml, *Aetheroleum chammomillae* (6% azulen) 0,3 ml, *Tween 80* 4 g p. 100 ml sol. Flacon cu 100 ml. Acțiune antiinflamatorie *(ext.)* și spasmolitică de tipul papaverinei *(int.)*.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: ext.: afecțiuni inflamatorii ale pielii și mucoaselor; *int.:* gastrite, colite.

D.u.: ext.: 1—1/2 lingură/litru apă p. spălături, băi, comprese, clisme; aplicări cu soluție nediluată în stomatite, gingivite; *int.:* 1/2 linguriță/1 pahar cu apă caldă.

Romergan *(Promethazinum hydrochloricum* — D.C.I.*).* N-(2-dimetilamino-n-propil)-fenotiazină maleat 30 mg p. 1 drajeu *(p.o.).* Flacon cu 20 drajeuri. 50 mg p. 1 fiolă a 2 ml sol. apoasă inj. 2,5% N-(2-dimetilamino-n-propil)-fenotiazină clorhidrat *(i.m.).* Cutie cu 5 fiole.

Inhibă majoritatea acțiunilor histaminei, intrînd probabil în competiție cu aceasta la nivelul receptorilor periferici; efectele favorabile din anafilaxie și alergii se explică și prin alte acțiuni (la nivelul centrilor vegetativi).

Are puternice proprietăți sedative (intensifică inhibiția corticală și deprimă regiunile subcorticale) și anticolinergice.

Tabelul 20

Acțiunea sedativă a antihistamicelor

Drogul	Intensitatea
Prometazina (Romergan)	+++
Feniramina și Clorfenoxamina	++
Cloropiramina (Nilfan)	+

Drogul are o moderată acțiune anestezică locală.

Prometazina se absoarbe repede, iar durata acțiunii este de 4—5 ore, fiind descompusă repede; se elimină complet pînă în 24 ore.

Fen. sec.: destul de frecvente: 1) moleșeală, somnolență (combătută prin cofeină, eventual efedrină), senzații de cădere în gol; 2) hiperexcitabilitate nervoasă (mai ales la sugari și copii mici); 3) uscăciune în nas și gură (atenuată de administrarea medicamentului după mese), epigastralgii, constipație sau diaree, tulburări micționale; 4) dozele mai mari pot produce hipotonie musculară sau mai des excitația S.N.C. pînă la apariția de convulsii; deci prudență la epileptici; 5) rar pot apărea manifestări alergice pe piele sau mucoase, după cum poate fi accentuată o alergie preexistentă; 6) intoxicația accidentală este din nefericire destul de frecventă la copii: ataxie, somnolență, convulsii și șoc. Dacă se instalează coma, sfîrșitul poate fi letal prin edem cerebral. Tratamentul este simptomatic: spălătură gastrică (dacă este cazul), respirație asistată, perfuzie cu glucoză hipertonică 10%. La începutul intoxicației vor fi evitate nicetamida și derivatele camforului; pot fi utilizate cofeina, amfetamina (dacă nu este stare de excitație). Barbituricele nu sînt în general indicate; hidrat cloral în convulsii (poate aici este singura indicație a barbituricelor).

Administrarea îndelungată poate produce creșterea toleranței.

Ind.: șocul anafilactic și boala serului (în locul adrenalinei). Alergoze ale pielii (urticarie, strofulus, prurigo, edem Quincke, unele eczeme, înțepături de insecte etc.) și ale mucoaselor (acțiunea este mai bună în guturaiul sezoniei

Scanned with OKEN Scanner

de fîn, rinite și conjunctivite alergice). Prurit de diverse etiologii (neurodermite etc.). Anumite intoleranțe și alergii medicamentoase (localizarea gastrică a acestora este ameliorată și de efectul anestezic local al drogului). Eritem solar. Arsuri. Spasme viscerale, tuse iritativă, răul „de mișcare", cefalalgie histaminică. Este utilizat și ca neuroplegic (asociat cu alte droguri): preoperator potențează acțiunea anestezicelor, hibernație artificială etc. Rezultate decepționante în astm și în eczema acută. Ineficace în glomerulonefrită. *C. ind.:* somnolență, stări depresive, insuficiență hepatică și renală gravă, sensibilizare la prometazină. Intoxicația cu alcool și barbiturice. În epilepsie poate fi utilizat cu prudență ca doză unică (preoperator) sau ca tratament de scurtă durată.

D.u.: posologia se individualizează de la caz la caz și se va începe cu dozele cele mai mici. Atenție deosebită la sugari și copii mici, fiind pericol de supradozaj și stări supărătoare de excitație nervoasă. Tratamentul sub supraveghere medicală, durata stabilită de medic. Dacă este utilă acțiunea sedativă (hipnotică) administrăm numai seara o doză mai mare.

P.o. (i.m. numai în cazuri deosebite, urgențe), în general aproximativ 1 mg/kg/24 ore, repartizat în 3—4 prize după mese (sau în 2—4 inj. *i.m.*).

Altă posologie: 0,5 mg/kg/doză (15 mg/M²/doză). Dozaj antihistaminic: 1 doză seara și 1/4 din doză dimineața sau la prînz. „Rău de mișcare": cîte o doză la 12 ore. Greață și vărsături: 1/2—(1) doză la 6 ore. Preoperator: 1—2 doze deodată.

Romergan sirop pentru copii. Prometazină 0,10 g, Sirop 100 g (1 linguriță = 5 mg substanță activă). Vezi Romergan (contraindicat la copii cu diaree).

Romtiazin *(Promazinum hydrochloricum* — D.C.I.*). 10-(3-Dimethyl-aminopropyl)-phenothiazin maleat* 0,0352 g p. 1 drajeu. Flacon cu 100 drajeuri *(p.o.).* Pr. med.

Neuroplegic fenotiazinic similar cu clorpromazina, levomepromazina; acțiunea sedativă este prelungită la bolnavii psihici.

Ind. mai frecvente: agitația copiilor encefalopați.

D.u.: III: 10 mg × 2—3/zi.

Rovamycine *(Spiramycinum* — D.C.I.*).* Antibiotic activ, 250 mg p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.).* Pr. med. Term. val.

Antibiotic *de rezervă* (antistafilococic), cu *toleranță bună.* Bacteriostatic, stabil în mediu acid gastric, cu absorbție bună intestinală și cu concentrație sanguină de aproximativ 6 ore. Concentrație mare în bilă. Afinitatea tisulară este ridicată, deci are indicații în tratamentul îndelungat al infecțiilor. Eliminarea prin salivă este importantă, deci realizează concentrații ridicate în gură. Nu trece în L.C.R. Spectrul de acțiune este similar cu acela al eritromicinei; activ și împotriva *H. pertussis.* Rezistența se instalează ca la eritromicină. Aproximativ 25% din stafilococii rezistenți la spiramicină arată rezistență încrucișată cu eritromicina. Antagonism cu penicilina și streptomicina. Asocierile spiramicină + eritromicină și spiramicină + tetraciclină nu au efect sinergic.

Fen. sec.: puține și rare. Toleranța digestivă este de obicei bună: greața, gastralgiile, vărsăturile și diareea sînt rare. De altfel, spiramicina nu alterează semnificativ flora intestinală, pentru că nu are acțiune asupra bacililor gram-

Scanned with OKEN Scanner

negativi. Reacțiile de hipersensibilitate sînt foarte rare. Toxicitatea este neînsemnată.

Ind.: infecții în sfera bucală. Infecții stafilococice medii și rezistente la antibioticele uzuale. Pneumonopatii acute. Tuse convulsivă.

D.u.: 50—75 mg/kg/24 ore, în 4 prize la 6 ore.

Rovitrat. Vitamină B_{12} 20 γ în extract de ficat concentrat și purificat p. 1 fiolă inj. *i.m.* a 2 ml. Cutie cu 10 fiole. Pr. med. Term. val. Vezi Neohepar și Vitamină B_{12}.

D.u.: după vîrstă și indicații: *i.m.* 1—3 fiole/săptămînă, cură de 8—10 fiole.

Rutosid (D.C.I.). *Rutinum* 0,02 g p. 1 compr. *(p.o.)*. Flacon cu 20 compr. 0,08 g p. 1 fiolă a 2 ml sol. apoasă inj. *i.m.* Cutie cu 5 fiole. Subst. *(p.o.)*.

Vitamina P mărește rezistența capilarelor. Acțiunea terapeutică este îndoielnică.

Ind.: tulburări ale permeabilității capilare (exsudate, hemoragii prin fragilitate capilară, insuficiență hepatică, edeme cardiace, difterie). Preoperatoriu.

D.u.: p.o.: acțiunea este de scurtă durată; 1/2—1 compr. × 5—6/zi. *I.m.:* cînd sînt tulburări intestinale, în urgențe: 1/4—1 fiolă/zi.

Saldoren. *Antipyrinum salicylicum* 0,50 g p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. Analgezic, antitermic.

Fen. sec.: rare și puține (vezi Salicilat de sodiu și Antipirină).

Ind.: dureri și febră de diverse etiologii. *C. ind.:* intoleranță la componentele medicamentului, afecțiuni digestive, insuficiență hepatică și renală.

D.u.: 0,10 g/an/zi, în 2—3 prize, după mese.

Salicilamidă *(Salicylamidum* — D.C.I.*)* 0,50 g p. 1 compr. Cutie cu 20 compr.

Analgezic și antitermic. Toleranța digestivă este mai bună decît a salicilatului de sodiu: nu influențează protrombinemia.

Fen. sec.: tulburările digestive sînt rare și discrete. Uneori, amețeală sau somnolență trecătoare. Intoxicația acută este similară cu cea produsă de salicilatul de sodiu, dar tulburările grave sînt provocate de depresiunea S.N.C., îndeosebi a centrului respirator bulbar.

Ind.: analgezic și antitermic (nu mai este utilizat în reumatismul Bouillaud). *C. ind.:* intoleranță la salicilamidă, afecțiuni hepatice.

D.u.: II, III: 2—4 g/zi, în 3—4 prize, după mese, cu multe lichide.

Saliform. *Methylium salicylicum* 3,75 g, *Camphora* 0,25 g, *Mentholum* 0,80 g, *Acidum salicylicum* 1,65 g, *Chloroformium* 1,60 g, *Excipiens q.s. ad* 100 g *(ext.)*. Tub cu 20 g unguent. Revulsiv cu acțiune analgezică locală.

Ind.: artrite mialgii, nevralgii. *C. ind.:* plăgi, arsuri, piele iritată sau fină (plici, scrot).

Mod de administrare: se fricționează ușor regiunea dureroasă și se acoperă cu o flanelă uscată și caldă.

Salirom. *Extr. capsici fluidum* 3 g, *Natrium chloratum* 2 g, *Liq. ammonii caustici* 5 g, *Acetonum* 4 g, *Methylium salicylicum* 3 g, *Alcoholum* 44 g, *Aqua destil. ad* 100 g *(ext.)*. Flacon cu 100 ml. Vezi Saliform.

Scanned with OKEN Scanner

Saprosan. 5,7-Diclor-8-oxichinaldină 0,10 g p. 1 drajeu. Flacon cu 30 drajeuri. 0,01 g p. 1 microtabletă. Flacon cu 30 microtablete *(p.o.)*. 3 g p. 100 g pulbere. Cutie cu 12 g pulbere. 3 g. p. 100 g unguent. Tub cu 20 g unguent *(ext.)*. Chimioterapic activ asupra unor bacterii intestinale, coci grampozitivi, protozoare patogene intestinale, ciuperci (vezi și Cifoform, Mexaform).

Ind. (p.o.): disbioză intestinală, unele infecții intestinale. *Ext.:* piodermite, plăgi infectate, unele micoze cutanate. *C. ind:* nu se aplică pe mucoase.

D.u. (p.o.): I : 1 microtabletă/kg/zi (doza zilei în 3—4 prize); II: 1/2 drajeu × 3—4/zi; III: 1/2 drajeu × 4—5/zi, după mese. *Ext.:* 3—4 aplicații/zi.

Saprosan T. Unguent cu 3% Saprosan și 6,79% Tween 80. Tub cu 15 sau 20 g *(ext.)*. Vezi Saprosan.

Sare fără sodiu. *Kalium chloratum* 55,5 g, *Ammonium chloratum* 20,5 g, *Calcium chloratum* 0,27 g, *Magnesium citricum* 2 g, *Acidum citricum* 1 g, *Amylum q.s. ad* 100 g *(p.o.)*. Flacon cu 50 g.

Gustul produsului este similar cu cel al NaCl și-l înlocuiește cînd regimul alimentar impune restricții de Na.

Produsul furnizează în schimb mult K, ceea ce este indicat la unii bolnavi (vezi *Kalium chloricum*).

Scobutil *(Scopolamin butylbromid* — D.C.I.). *N-butylscopolaminum* 0,01 g p. 1 compr. Tub cu 20 compr. *(p.o.)*. 0,01 g/1 fiolă a 1 ml sol. apoasă inj. *(i.m. i.v.*, lent). Cutie cu 10 fiole. 0,01 g p. 1 supozitor adulți. Cutie cu 6 supozitoare. 0,0075 g. p. 1 supozitor copii. Cutie cu 6 supozitoare. Pr. med.

Parasimpaticolitic cu acțiune predominant antispastică pe musculatura netedă a viscerelor abdominale; reduce secrețiile gastrică, biliară și pancreatică; acțiunea ganglioplegică este redusă.

Fen. sec.: mult reduse în raport cu scopolamina și atropina; totuși, dozele terapeutice pot produce hiperemie cutanată, uscăciunea gurii, tahicardie, depresiunea S.N.C. etc.

Ind.: afecțiunile tubului digestiv cu componentă spasmodică, diskinetică, colică nefretică, cistite. Spasm piloric al sugarului. *C. ind.:* abdomen acut.

D.u.: copii peste 3 ani (după vîrstă): 1/2—1 compr. × 1—3/24 ore sau 1 supozitor p. copii × 2—3 ori/24 ore; în urgențe 0,25—0,5 ml × 1—2/24 ore. Copii sub 3 ani: 1 supozitor p. copil × 1—2/24 ore.

Scobutil compus. N-brombutilat de scopolamină 0,02 g p. 1 fiolă a 5 ml și 0,01 g p. 1 supozitor și Noraminofenazonă 2,5 g p. 1 fiolă a 5 ml și 1 g p. 1 supozitor. Cutie cu 5 fiole; cutie cu 6 supozitoare. Pr. med.

Proprietățile parasimpaticolitice și antispastice sînt potențate de acțiunea analgezică centrală a derivatului pirazolonic. Vezi Scobutil și *Noraminophenazonum*.

D.u.: copii peste 10 ani: 1/2 fiolă profund și strict *i.m.* sau 1 supozitor.

Scopolamină, sin.: *Hioscină. Scopolaminum hydrobromicum* 0,25 mg p. 1 fiolă a 1 ml sol. apoasă inj. *(i.m.)*. Subst. *(p.o.)*. Pr. med.

Scanned with OKEN Scanner

Alcaloid cu acțiune parasimpaticolitică identică cu aceea a atropinei, provocînd însă și depresiunea S.N.C. (ataxie, halucinații, somn crepuscular, deprimarea centrilor bulbari ai respirației, creșterea reflexelor medulare), acțiune curarizantă.

Fen. sec.: sensibilitatea la scopolamină este individuală. Dozele terapeutice pot provoca midriază, tulburări ale acomodației, uscăciunea gurii; eventual, fenomene de excitație cu delir, tulburări respiratorii, colaps.

Ind.: preanestezie (cu morfină); sindrom postencefalitic; psihiatrie (sedativ). *C. ind.:* tulburări cardiovasculare, stări depresive. Copii sub 3 ani. *D.u.:* 3—15 ani: 5—10 γ/kg/zi.

Seborol. *Sulfacetamidum natricum* 10 g, *Alcoholum* 30 g, *Aetheroleum lavandulae* 0,1 g, *Aqua destill. ad* 100 g. Flacon cu 100 ml soluție.

Inhibant al secreției glandelor seboreice, cu efect antipruriginos.

Ind: seboreea grasă și uscată. *C. ind.:* intoleranță la sulfamide.

Mod de administrare: fricții ușoare cu un tampon de vată la rădăcina părului (după o prealabilă spălare), apoi masarea locului cu degetele, zilnic în primele zile, apoi la 2—3 zile timp de 1—2 săptămîni.

Ser neurotonic. *Natrium glycerophosphoricum* 0,10 g, *Natrium cacodylicum* 0,05 g, *Strychninum sulfuricum* 0,001 g, *Aqua destill. ad* 1 ml. Fiole a 1 ml, *s.c.*, *i.m.* Pr. med.

Stimulant al metabolismelor, tonic al S.N.C.

Ind.: convalescențe, astenie nervoasă. *C. ind.:* agitație, insuficiență cardiacă, hepatică și renală. Copii sub 3 ani.

D.u. (copii peste 3 ani): 0,5—1 ml/zi (după vîrstă), 10—15 injecții.

Sintalgon *(Methadonum hydrochloricum* — D.C.I.) (6-Dimetilamino-4,4-difenil 3-heptanon) 2,5 mg p. 1 compr. *(p.o.)* Tub cu 10 compr. Pr. med. (timbru sec.)

Produs sintetic similar cu morfina: efectele analgezice și spasmolitice sînt de 1,5 ori mai puternice, iar cele hipnotice mai slabe.

Fen. sec.: ameteală, greață, vărsături; rar: uscăciunea gurii, hipersudorație, prurit, somnolență, tulburări kinestezice. Toxic: deprimă centrul respirator. Poate produce obișnuință.

Ind.: vezi morfină. În stările care necesită analgezie și efect spasmolitic. Nu se va asocia cu morfina. *C. ind.:* vezi Morfină. Copii sub 4 ani.

D.u.: 4—15 ani: 1/4—1 compr./24 ore, după vîrstă, în 1—2 prize (unii recomandă doze mai mari).

Sintofolin. *Hexoestrolum diacetylatum* 0,001 g p. 1 compr. *(p.o.)*. Cutie cu 20 compr. 1 mg (= 1 000 u.) p. 1 fiolă sol. uleioasă a 1 ml. 5 mg (= 50 000 u.) p. 1 fiolă sol. uleioasă a 2 ml (numai *i.m.*). Pr. med.

Estrogen de sinteză. Pentru generalități: vezi Ginosedol. În comparație cu estrogenii naturali, este eficace *p.o.* și mai activ pe cale parenterală.

Fen. sec.: tulburări digestive, erupții cutanate.

D.u.: III: 1 compr./zi. Injectabil: după indicația medicului specialist.

Sintolax. *Natrium dioctylsulfosuccinicum* 0,25 g p. 100 g. Flacon de 100 ml.

Laxativ de sinteză „de contact" cu acțiune mecanică locală.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: constipații de diverse etiologii: evacuarea intestinală înaintea examenelor radiologice, rectoscopiei. *C. ind.:* afecțiuni inflamatorii intestinale, ileus. Nu se va administra concomitent cu uleiurile minerale. Copii sub 7 ani.

D.u.: 1/2—1 linguriță/zi.

Sirenon. *Coffeinum* 0,03 g, *Aminophenazonum* 0,15 g, *Phenacetinum* 0,30 g. p. 1 compr.

Ind.: analgezic, antipiretic. *C. ind.:* vezi *Aminophenazonum* și Fenacetină. Copii sub 3 ani.

D.u.: copii peste 3 ani: 1/4—1/2 compr., după vîrstă.

Sirogal. *Kalium sulfoguajacolicum, Natrium benzoicum* āā 2,30 g, *Codeinum* 0,04 g, *Tinctura aconiti* 0,80 g, *Sirupus aromatisatus q.s. ad* 100 g. Flacon a 125 ml.

Sedativ al tusei, slab expectorant, fluidifiant al secrețiilor bronșice.

Ind.: traheobronșite. *C. ind.:* tulburări grave circulatorii și renale, afecțiuni acute gastrointestinale. Copii sub 2 ani.

D.u.: copii peste 2 ani: 1—2 linguriță/zi.

Sirogal cu efedrină. *Ephedrinum hydrochloricum* 0,20 g, *Kalium sulfoguajacolicum, Natrium benzoicum* āā 2,30 g, *Codeinum* 0,04 g, *Tinctura aconiti* 0,80 g, *Sirupus aromatisatus q.s. ad* 100 g. Flacon a 125 ml.

Efectele citate la produsul Sirogal sînt amplificate de efectul bronhodilatator al efedrinei. Vezi Sirogal.

Sirop expectorant. *Extractum pectoralis fluidum* 20 g, *Ammonium chloratum* 0,50 g, *Sirupus simplex q.s. ad* 100 g. Flacon a 125 ml.

Expectorant prin fluidificarea secrețiilor bronșice.

Ind.: traheobronșită acută. *C. ind.:* afecțiuni acute gastrointestinale. Sugari.

D.u.: 1—3 ani: 4—5 linguriță/zi; 3—7 ani: 2 linguriță × 4—5/zi, 7—15 ani: 1 lingură × 3—4/zi.

Sirop de pătlagină. *Extractum Plantaginis fluidum* 10 g, *Natrium benzoicum* 2,50 g, *Alcoholum* 5 g, *Sirupus simplex q.s. ad* 100 g. Flacon a 125 ml. Vezi Sirop expectorant.

D.u.: II, III: 1 linguriță × 4—5/zi.

Sirupus clorali hydratis. Sirop de cloral hidrat 5% (1 linguriță = 0,50 g cloral hidrat). Vezi și Hipnogal.

Tratamentul convulsiilor (p. 233).

Solganal B oleosum. Aurotioglucoză, suspensie uleioasă 20% p. inj. *i.m.* Flacon cu 5 ml. Pr. med.

Stimulent al S.R.H. și al glandelor suprarenale. Produsul fiind toxic, bolnavul trebuie foarte amănunțit studiat și urmărit.

Ind.: P.C.E. (eficacitate discutabilă). *C. ind.:* afecțiuni hepatice, renale, sanguine.

D.u.: după indicație precisă și sub urmărirea strictă a medicului specialist.

Soluție alcoolică de iod iodurat. *Iodum* 20 g, *Kalium jodatum* 30 g, *Alcoholum dilutum* 50% *ad* 1 000 ml *(ext.)*. Cutii cu 100 fiole brune a 2 ml.

Acțiune antimicotică și antiseptică la nivelul pielii.

Scanned with OKEN Scanner

Mod de administrare: aplicații locale externe.

Soluție izotonică de clorură de sodiu. Sol. apoasă izotonică inj. 9‰ de *Natrium chloratum.* Fiolă a 10 ml *(i.m., i.v.).*

Restabilirea echilibrului hidroelectrolitic, dizolvant pentru administrarea parenterală a unor medicamente.

Solutio aluminii aceticotartarici, sin: *Liquor Burowi. Aluminium sulfuricum* 30 g, *Acidum aceticum dilutum* 36 g, *Calcium carbonicum praecipitatum* 13 g, *Aqua destill.* 135 g, *Acidum tartaricum* 7 g.

Antiseptic moderat, astringent.

Mod de administrare: comprese umede.

Solutio ammonii chlorata anisata. *Aetheroleum anisi* 2 g, *Alcoholum* 52 g, *Ammonium chloratum* 6 g, *Aqua q.s. ad* 100 g. Gal. farm. *(p.o.).* Pr. med.

Fen. sec.: I, II: pot apărea tulburări dispeptice.

Ind.: Expectorant.

D.u.: I:1—2 pic. la fiecare 2—3 ore, în apă îndulcită cu zaharină; II-III: se urcă cu cîte 1 pic./fiecare an de vîrstă, pînă la 10 pic./doză. Nu se va combina cu săruri ale alcaloizilor sau cu codeina fosforică, deoarece precipită.

Solutio argenti coloidalis *(Colargoli)* 1%. Antiseptic slab, netoxic.

Ind.: afecțiuni rinosinuzale, conjunctivite, blefarite.

Solutio argenti proteinici *(Protargoli)* 1%. Gal. farm. *(ext.).* Vezi *Solutio argenti coloidalis.*

Solutio effervescens, sin.: poțiune Rivieri. I. *Natrium bicarbonicum* 4 g, *Sirupus simplex* 15 g, *Aqua q.s. ad* 100 g. II. *Acidum citricum* 3,50 g, *Sirupus citri* 15 g, *Aqua ad* 100 g. Se prepară soluțiile separat în două sticle etichetate Nr. I și Nr. II. Antiemetic.

D.u.: succesiv cîte 1—2 linguriță din cele două soluții, începînd cu soluția alcalină.

Solutio magnesii citrici, sin.: limonada Rogé. *Acidum citricum* 25 g, *Magnesium carbonicum basicum* 15 g, *Sirupus citri* 50 g, *Aqua destill. q.s. ad* 350 g (echivalent cu 40 g citrat de magneziu). Se prepară la nevoie.

Ind.: purgativ salin cu gust agreabil. *C. ind.:* prima copilărie.

D.u.: aproximativ cîte 20 ml limonadă Rogé pentru fiecare an de vîrstă.

Solutio ophtalmica cloramfenicoli 0,5% p. infecții oculare cu germeni sensibili la cloramfenicol.

Mod de administrare: 4—5 pic. în colțul intern al fiecărui ochi, repetat de 5—6 ori/zi.

Sorbitol (polialcool liniar de origine vegetală) 5 g p. 1 pachet *(p.o.).* Colecistokinetic și accelerator al tranzitului intestinal.

D.u.: III: 1/2 pachet × 1—3/zi, dizolvat în 50 ml apă înainte de mese sau în cursul explorării radiologice a veziculei biliare sau a intestinului subțire.

Sparteină. *Sparteinum sulfuricum* 0,02 g p. 1 fiolă a 1 ml *(s.c.).* Subst. *(p.o.).* Pr. med.

Scanned with OKEN Scanner

Alcaloid cu efecte terapeutice incerte. Acțiuni asupra S.N.C. (excită, apoi paralizează centrul respirator, anestezic, paralizează centrul termoreglator); ganglioplegic; parasimpaticolitic; analeptic cardiac (încetinește și regularizează ritmul cardiac), antifibrilant. Nu se acumulează.

Fen. sec.: în asociere cu adrenalina provoacă sincopa adrenalinosparteinică.

Ind.: tahicardii, distonii neurovegetative, extrasistole, preanestezie. *C. ind.:* miocardită. Rar utilizat sub 2 1/2 ani.

D.u.: 2 1/2—15 ani: 0,05—0,10 g/24 ore (0,01 g/an de vîrstă/24 ore).

Spasmocromonă *(Methylcchromonum* — D.C.I.). 3-Metilcromonă 0,10 g p. 1 drageu *(p.o.)*. Flacon cu 30 drajeuri. Pr. med.

Produs de sinteză din grupul cromonelor. Relaxează în general fibrele musculare netede, dar mai ales musculatura din coronare, căile biliare, uretere, bronhii.

Fen. sec.: insomnie, ameţeli, greaţă, vărsături.

Ind.: insuficienţă coronariană, mai puţin în colici intestinale, biliare şi ureterale, astm bronşic.

D.u.: 0,01 g/kg/zi, în timpul meselor.

Stamicin *(Nystatinum* — D.C.I.). Antibiotic extras din culturile de *Streptomyces noursei*, 500 000 u.i. p. 1 drajeu *(p.o.)*. Flacon cu 12 drajeuri. Pr. med. Term. val.

Antibiotic micostatic (îndeosebi *Candida albicans*, speciile *Saccharomyces, Geotrichum)*, cu acţiune locală (vezi şi *Nystatinum)*.

Fen. sec.: rar uşoare tulburări digestive, greaţă, vărsături.

Ind.: profilaxia şi tratamentul candidozelor digestive (ineficace în formele viscerale).

D.u.: prematuri şi nou-născuţi: 500 000 u./24 ore, în 4 doze la 6 ore; sugari şi copii: 1 000 000—2 000 000 u./24 ore, în 3—4 prize.

Stelazine. *Trifluoperazinum dihydrochloricum* (D.C.I.). 5 mg p. 1 compr. *(p.o.)*. Flacon cu 50 compr. 1 mg p. 1 fiolă a 1 ml *(i.m.)*. Cutie cu 12 fiole. Pr. med.

Derivat fenotiazinic, neuroleptic, similar cu clorpromazina.

Fen. sec.: vezi Clordelazin şi Majeptil (cu acest drog s-a observat frecvent sindromul neuromuscular descris mai des la tioproperazină). Trebuie utilizat cu mare prudenţă la copii.

Ind.: indicaţiile Clorpromazinei în neuropsihiatria infantilă.

D.u.: p.o.: II, III: 1 mg × 1—2/zi; nu se va depăşi 10 mg/zi; la copii mari: 0,05—0,15 mg/kg/24 ore. *I.m.* copii peste 7 ani: 1 mg o dată/zi.

Strepancil. *Streptomycinum sulfuricum* 80%, *Streptomycinum panthotenicum* 20% p. 1 flacon cu conţinut echivalent de 1 g streptomicină bază *(i.m.)*. Term. val.

Vezi Streptomicină. Ar contribui la prevenirea accidentelor auriculare ale streptomicinei şi este indicat în curele mai lungi antituberculoase.

Streptomicină. *Streptomycinum sulfuricum* (D.C.I.), echivalent cu 1 g streptomicină bază p. 1 flacon cu pulbere p. administrare parenterală. Pr. med. Term. val.

Scanned with OKEN Scanner

Face parte din grupul streptomicinelor bazice (ca neomicina și kanamicina): hidrosolubile, nu se resorb din tubul digestiv, se elimină mai ales pe cale renală, au neuro- și nefrotoxicitate, prezintă uneori o rezistență încrucișată între ele etc. Antibiotic bacteriostatic și bactericid, cu *utilizare limitată* în prezent. Soluțiile (stabile cîteva zile la temperatura camerei) nu sînt atacate de enzimele digestive, activitatea este maximă în mediul alcalin; sol. izotonică corespunde concentrației de 2%. Absorbția prezintă particularități: streptomicina traversează greu membranele celulare (puțin absorbită din tubul digestiv în sînge, din sînge în țesuturi și în L.C.R.); prin urmare „este antibioticul lichidelor extracelulare". Administrată *p.o.* nu se absoarbe și este eliminată 98% ca atare prin fecale; sterilizează în mare parte flora intestinală sensibilă. Pe cale *i.v.* își menține concentrația aproximativ 24 ore. Pe cale *i.m.* se absoarbe după 30—60 minute în sînge (mai încet ca penicilina), unde menține concentrații active pînă la 10—12 ore; difuziunea în L.C.R. este foarte redusă la sănătoși și insuficientă la meningite. Eliminarea se face mai ales prin rinichi (glomeruli), în urină 50% fiind sub formă activă. Concentrația sanguină crește în caz de insuficiență renală și poate atinge niveluri toxice.

Rezistența microbiană este frecventă, rapidă și puternică de la început. Se poate instala chiar în cursul tratamentului. Tulpinile devenite rezistente păstrează definitiv și ireversibil această proprietate și se împrăștie ca atare, mai ales în spitale. Rezistența de tip streptomicinic este cu atît mai rapidă și afectează mai multe tulpini cu cît numărul germenilor prezenți este mai mare și cu cît viteza de multiplicare a microbilor este mai vie. Asocierea cu izoniazidă și PAS în tuberculoză întîrzie acest fenomen.

Unele tulpini bacteriene pot deveni chiar „dependente" la streptomicină.

În interiorul grupului streptomicinelor, germenii rezistenți la celelalte antibiotice (neomicină, kanamicină) sînt rezistenți și la streptomicină, dar nu invers (rezistență încrucișată unilaterală, fenomen însă neobligatoriu). Antagonism cu spiramicina.

Spectrul de acțiune: unii germeni gramnegativi *(Pasteurella tularensis, B. pestis, B. coli* — tulpinile sensibile, *Brucella, B. Friedländer, H. influenzae, Pseudomonas* — tulpinile sensibile, micobacterii (B. Koch, B. Hansen); unii germeni grampozitivi *(Streptococcus faecalis)*.

Fen. sec.: streptomicina poate provoca *accidente alergice* și *toxice severe*. Ultimele sînt favorizate de posologie, durată, calea de administrare și starea funcțională a rinichiului:

— intoleranța locală este rară *i.m.*, deoarece produsele actuale sînt pure. După inj. *i.r.* pot apărea fenomene de meningită chimică, dacă doza este prea mare și/sau sol. prea concentrată (vărsăturile, convulsiile, colapsul, febra, durerile radiculare sînt simptomele imediate; simptomele tardive pot fi puse în legătură și cu meningita respectivă);

— reacțiile de tip histaminic (cefalee, valuri de căldură) sînt rare cu produsele actuale, pure;

— accidentele alergice sînt destul de rare (febra, erupții urticariene, maculoase și papuloase, dermatite de contact, conjunctivită, stomatită); eozinofilia este deseori prezentă, chiar dacă lipsesc celelalte simptome. Frec-

Scanned with OKEN Scanner

venţa erupţiilor datorite sensibilizării parenterale este legată de durata tratamentului. La personalul din secţia respectivă pot apărea eczeme;

— suprainfecţiile: sînt citate suprainfecţii cu germeni insensibili sau rezistenţi (stafilococi, enterococi etc.). În primele 2 săptămîni de tratament diminuează procentele de *B. coli*, enterococi şi *B. bifidus* din intestin, dar echilibrul se restabileşte curînd; în această primă perioadă pot apărea enterite stafilococice;

— reacţiile toxice: streptomicina poate determina frecvent leziunea *ramurii vestibulare a perechii* a VIII-a (ameţeli, mai ales la mers, tulburări ale mersului, nistagmus, vijîituri în urechi). Accidentul este de obicei precoce, zgomotos; aparent se atenuează curînd, deoarece funcţiile vestibulare sînt compensate prin controlul vizual. Copiii mari sînt mai expuşi decît sugarii şi copiii mici. Tulburarea este favorizată de dozele mari, de durata tratamentului, de componenta individuală şi de o eventuală limitare a funcţiilor renale; este reversibilă dacă oprim tratamentul. Speranţele puse în prevenirea acestor tulburări prin adaosul de acid pantotenic nu s-au confirmat. Leziunile renale (albuminurie, cilindrurie) sînt rare şi totdeauna reversibile.

Streptomicina agravează o leziune renală preexistentă: orice leziune glomerulară expune la niveluri sanguine şi tisulare excesive (la doze terapeutice), cu consecinţele toxice descrise; în caz de insuficienţă renală, tulburarea renală poate fi foarte severă.

Ind.: din cauza tipului de rezistenţă microbiană pe care-l provoacă şi a fenomenelor secundare pe de o parte, iar pe de altă parte din cauza introducerii altor antibiotice, streptomicina are în prezent *indicaţii restrînse.*

Paranteral: din *cauza rezistenţei rapide este aproape totdeauna asociată cu alt antibiotic:* a) cu alte tuberculostatice în tuberculoză; b) cu penicilina în unele infecţii grave ale căilor respiratorii (laringotraheobronşite, în endocardita cu enterococi—asociere sinergică); c) cu cloramfenicolul şi unele sulfamide în anumite meningite purulente cu bacili gramnegativi *(i.m.* şi *i.r.);* d) cu tetraciclina şi sulfamidele în bruceloză. Numai în tularemie este antibioticul de elecţie, fiind folosit ca drog unic.

Nu va fi asociată cu alte antibiotice din grupul streptomicinelor, deoarece se sumează potenţialul neurotoxic.

P. o.: dispepsii enterale infecţioase cu germeni sensibili la streptomicină; este *foarte rar utilizată*, deoarece: a) germenii (dizenterici, *B. coli* patogeni) sînt tot mai frecvent rezistenţi (80%); b) rezistenţa se poate instala în cursul tratamentului (pentru *B. coli* în cîteva ore); c) au apărut alte antibiotice.

În formele mai uşoare de diaree la sugari şi la copii, ar putea fi asociată cu Ftalilsulfatiazolul.

C. ind.: sensibilizarea la streptomicină; insuficienţa renală şi glomerulonefrita difuză acută. Nu va fi administrată pe tegumente şi mucoase din cauza sensibilizării frecvente.

D.u.: posologia şi durata tratamentului trebuie riguros determinate de medic, care va urmări bolnavul în timpul tratamentului. Vor fi verificate şi urmărite periodic funcţiile vestibulare.

Scanned with OKEN Scanner

I.m.: prematuri și nou-născuți: 10—(20) mg/kg/24 ore, în 2 doze; se scade dacă diureza diminuează; maximum 10 zile.

Ind.: generală pentru sugari și copii: 20—30 mg/24 ore sau 1 g/M²/24 ore, în 2—3 doze (durata tratamentului, de obicei, 5—7 zile); tuberculoza: 20—30 mg/kg/24 ore în 1 injecție. *Nu se va depăși 1 g/24 ore* (în tuberculoză 10—15—20 g pe cură, după vîrstă, în afara unor situații speciale). Streptomicina se diluează în apă distilată, ser fiziologic sau sol. glucozată 50‰, folosindu-se cel puțin 5 ml/1 g.

Se va administra o posologie mai redusă și se va urmări atent bolnavul dacă diureza este mică și/sau sînt leziuni glomerulare. Oprim tratamentul în caz de anurie.

I.r.: aproximativ 1 mg/kg/zi, fără a depăși 20 mg/zi; se va dilua 5 mg/ml. Nu este indicată în meningita tuberculoasă.

Intrapleural, intraperitoneal, intraarticular: 50 mg/ml.

P.o.: 0,05—0,10 g/kg/24 ore, în 4 prize, la 6 ore.

Aerosoli: 300 mg/2 ml p. 1 ședință, de 4 ori/24 ore (efect exclusiv local).

Stricnină. *Strychninum sulfuricum* 1 mg, 2 mg, 3 mg și 4 mg p. 1 fiolă a 1 ml sol. apoasă inj. 1—4‰ *(s.c.)*. Subst. *(p.o.)*. Pr. med.

Excitant medular: excită centrii bulbari în doze terapeutice, iar în doze masive îi inhibă. Acționează prin paralizia sistemelor neuronale cu rol inhibitor în S.N.C., deci favorizează difuzarea proceselor de excitație. Tonusul scăzut al musculaturii scheletice poate crește. Acțiunea este cumulativă.

P.o.: dozele mici irită tubul digestiv, stimulează apetitul și provoacă constipație.

Fen. sec.: durerile occipitale și ale musculaturii masticatorii sînt primele semne ale intoxicației (tratamentul trebuie oprit imediat). În continuare, hipersecreție generalizată, stimularea S.N.C. cu tremor muscular și convulsii tonice (determinate adesea de stimuli externi), opistotonus și *risus sardonicus*, moarte prin insuficiență respiratorie. *Tratamentul:* barbiturice cu acțiune rapidă, respirație artificială și oxigen, miorelaxante (nu se vor administra analeptice și opiacee).

Ind. (s.c.): intoxicații cu barbiturice, astenii, polinevrite, enurezis; *p.o.:* digestiv amar. *C. ind.:* tetanie, crup.

D.u.: copii sub 30 luni: 0,0001—0,001 g/zi; 30 luni—15 ani: 0,001—0,003 g/zi. Cînd sînt utilizate doze mai mari, doza zilei se împarte în două injecții. Cură cu durată limitată; în primele zile, dozele pot fi crescute treptat.

Strofantină. *Strophantosidum* G 0,25 mg(= 1/4 mg/ml) p. o fiolă a 1 ml p. adulți și 0,125 mg (= 1/8 mg/ml) p. o fiolă a 2 ml p. copii *(i.v.)*. Pr. med.

Proprietățile sînt analoge cu acelea ale preparatelor digitalice, cu următoarele deosebiri:

— efectul bradicardizant este redus;

— este inactivată de tubul digestiv, deci trebuie administrată numai parenteral;

Scanned with OKEN Scanner

— latența este foarte scurtă (5—15 minute) și efectul este deplin după 1—2 ore;

— este rapid inactivată, deci efectul este scurt (8—12 ore) și dispare pînă în 24 ore;

— deși toxicitatea este importantă (de trei ori mai mare decît la digitoxină), caracteristicile descrise explică de ce dozele terapeutice sînt bine tolerate.

Ind.: la insuficiențele cardiace fără tahicardie mare, cu ritm normal sau cu bardicardie (cînd dorim un efect rapid sau cînd trebuie ocolită calea bucală).

Dezavantaje: formele injectabile ale digitalicelor cu acțiune rapidă (Digoxina și Lanatosidul C) au anulat în cea mai mare parte indicațiile. Strofantina nu este potrivită de altfel nici pentru tratamentul de întreținere (lipsa de cumulare, inj. frecvente *i.v.*). Pe de altă parte, datorită acțiunii bradicardizante reduse, nu poate fi folosită în unele insuficiențe cardiace cu ritm rapid.

În concluzie, strofantinei i-au rămas puține indicații în pediatrie: saturația rapidă la cazuri foarte acute (în multe situații îi este superior Lanatosidul C).

C. ind.: intoxicația cu digitală, pericardita constrictivă, tahicardia paroxistică ventriculară.

D.u.: după Fanconi: 0,1 mg/M² /24 ore, *i.v.* o singură dată (încet), diluată în 5—10 ml sol. glucoză 10—20% (unii recomandă doze mai mari) sau (Ph.: I.): sub 30 luni: 50—100 γ /zi; 30 luni—15 ani: 100—200 γ /zi.

Dacă bolnavul a primit anterior digitală, unii recomandă ca strofantina să se administreze numai după 2 zile de pauză.

Sulfacetamidum natricum subst. *(ext.)*. Sulfamidă neutră, foarte bine tolerată de piele și mucoase.

Ind.: ORL, oftalmologie.

D.u.: colir 20% (colir cu sulfacetamidă).

Sulfatiazol. 2-*Sulfanilamidothiazolum* 0,50 g p. 1 compr. *(p.o.)*. Cutie cu 20 compr. *Natriumsulfanilamidothiazolum* 1 g p. 1 fiolă a 5 ml sol. 5% apoasă inj. *(i.m.)*. Vezi Neoxazol.

Sulfamidă similară în bună parte cu sulfafurazolul (Neoxazol), de care se deosebește prin următoarele:

— eliminarea este rapidă, deci ritmul de administrare va fi frecvent, la 3—4 ore;

— solubilitatea este redusă și favorizează cristalizarea derivatului acetilat în rinichi;

— fenomenele secundare sînt mai frecvente (iritație digestivă, leziuni renale și hematurie, erupții cutanate — eritem nodos îndeosebi).

Din aceste motive, produsul este astăzi depășit de Neoxazol și sulfametoxipirimidină.

Dacă produsul este totuși utilizat, doza /24 ore va fi divizată în 6 prize, la 4 ore. Bolnavul va bea multe lichide.

Scanned with OKEN Scanner

Notă privind sol. inj.: este foarte alcalină și tinde să producă necroze, de aceea injecția se face profund și strict *i.m.*, numai la copii peste 3 ani; nu se va administra *i.r.*

Sulfobarin. *Barium sulfuricum* 99 g, *Natrium citricum* 1 g *(p.o.)*. Cutie cu 120 g.

Pulbere pentru examenul radiologic gastrointestinal.

Mod de administrare: se amestecă conținutul unei cutii cu 300 ml apă, se agită bine pentru a realiza o suspensie omogenă.

Sulfur sublimatum depuratum. Sulf sublimat purificat, subst. *(ext., p.o.)*. Detoxifiant în unele intoxicații, dezinfectant.

Ind. (p.o.): intoxicații cu plumb, mercur și arsenic; *ext.* scabie.

D.u. (p.o.): 0,05 g. *Ext.*: unguent 5—25%.

Supercortisol *(Prednisolonum* —D.C.I.) Δ-*Hidrocortizonum* 5 mg p. 1 compr. Flacon cu 25 compr. 25 mg p. 1 fiolă a 1 ml suspensie apoasă inj. *i.m.* Cutie cu 5 fiole. Pr. med. Term. val. p. fiole.

Similar cu Prednison, dar aproximativ de 5 ori mai activ decît cortizonul.

Fen. sec., ind., c. ind., și *d.u.* pentru calea *p.o.*, *precauții*: vezi Prednison.

Posologia *p.o.* poate fi redusă cu 10—15% în raport cu Prednisonul.

Calea *i.m.* poate fi folosită temporar (vărsături, comă, urgențe), pînă ce bolnavul poate primi Prednison sau Prednisolon *p.o.* În urgențe dăm preferință Hidrocortizonului hemisuccinat sau Urbasonului.

Posologie: I: 5—10 mg i.m./doză; II: 10—25 mg *i.m.*/doză; III: 25 mg *i.m.*/doză. Repetă de 1—2—3 ori/24 ore. Fiola se agită înainte de întrebuințare.

Superprednol *(Dexamethasonum* — D.C.I.*).16α-Methyl-9-α-fluoro-Δ-hidrocortizonum* 0,5 mg p. 1 compr. *(p.o.)*. Flacon cu 40 compr. Pr. med.

De 6—7 ori mai activ decît Prednisonul și Prednisolonul și de 25 de mai activ decît cortizonul (posologia va fi redusă în aceeași măsură).

Aceleași acțiuni fiziologice, farmacologice și fenomene secundare ca și Prednison, cu deosebire că acțiunea de retenție a sodiului și eliminarea potasiului este aproape nulă (la unii bolnavi crește chiar eliminarea de Na); modifică mai puțin metabolismul glucidic și este cel mai puternic inhibitor al ACTH-ului (de 30 ori mai mult decît Prednisonul). Pare mai puțin diabetogen, purpura și hirsutismul ar fi mai rare. Stimularea apetitului și excitația psihică sînt însă mai puternice și impun uneori oprirea curei.

Ind.: vezi Prednison. Deși Superprednolul prezintă teoretic unele avantaje, Prednisonul și Prednisolonul păstrează primul loc în corticoterapia la copii. Este foarte activ în sindromul adrenogenital. *C. ind.:* vezi Prednison.

D.u.: posologia va fi strict individualizată și durata tratamentului riguros determinată de medic, în funcție de boală, vîrstă, greutate și răspunsul la tratament. Tratament sub control medical. Ca indicații generale: 1/6 din dozele de Prednison.

Supozitoare cu glicerină pentru copii. *Glycerolum* 1,391 g, *Stearinum* 0,132 g, *Natrium carbonicum* 0,035 gp. 1 supozitor pentru copii *(r.)*. Cutie cu 6 supozitoare.

Constipație: 1 supozitor la nevoie.

Scanned with OKEN Scanner

Synalar *(Fluocinolon-acetonid - D.C.I.). 6-α-9-α-Difluoro-16-α-hidroxy-prednisolon -16, 17-acetonid* 0,025%. Tub cu 15 g cremă sau 15 g unguent *(ext.)*. Pr. med.

Corticosteroid pentru utilizare locală. Vezi Cornemin.

Synalar N. Fluocinolon-acetonid 0,025 % și Sulfat de neomicină 0,5%. Tub cu 15 g cremă sau 15 g unguent *(ext.)*. Pr. med. Vezi Cornemin.

Tablete contra tusei pentru copii. *Kalium sulfoguajacolicum* 0,10 g, *Folium belladonnae pulvis* 0,01 g, *Radiz liquiritiae pulvis* 0,20 g p. 1 compr. *(p.o.)*.

Moderează secreția bronșică abundentă, ușoară acțiune expectorantă; calmează tusea excesivă.

Fen. sec.: vezi Atropină.

Ind.: traheobronșită. *C. ind.:* copii sub 5 ani.

D.u.: copii 5—15 ani: 1/2 compr. × 1—2—3/zi, după vîrstă.

Tablete expectorante. *Codeinum phosphoricum 0,01 g, Ammonium chloratum* 0,20 g, *Radix liquiritiae pulvis* 0,20 g p. 1 compr. *(p.o.)*. Cutie cu 100 compr.

Fluidifică mucusul și ușurează drenajul bronhoalveolar.

Fen. sec.: vezi codeină, clorură de amoniu.

Ind.: traheobronșite. *C. Ind.:* ale codeinei, clorurii de amoniu. Copii sub 3 ani.

D.u.: copii 3—7 ani: 1/2 compr. × 2—3/zi; 7—15 ani: 1 compr. × 2—3/zi.

Tanninum subst. Astringent, precipită proteinele.

Ind.: antidot în intoxicațiile cu alcaloizi și cu metale: spălături stomacale cu sol. 0,5%.

Arsuri limitate: sol. 2,5—5% *(ext.)*.

Tarosin. *Acidum ascorbicum* 0,05 g, *Rutinum* 0,02 g p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*.

Ind.: vezi Rutosid.

D.u.: 1—4 compr./zi, după vîrstă.

Tebemicin *(Cycloserinum* — D.C.I.) *D-4-amino-3-isoxazolidinonum* 250 mg p. 1 compr. Flacon cu 40 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Tuberculostatic, bacteriostatic de releu (minor, gradul al II-lea), destul de eficient; rar utilizat, din cauza accidentelor. Resorbția este rapidă, difuziunea bună.

Fen. sec.: tulburările nervoase pot fi destul de frecvente: la început somnolență, cefalee, amețeli, adinamie, ușoară depresiune psihică; pot urma insomnie rebelă, hiperexcitabilitate, delir, psihoze severe și convulsii (tulburările sînt reversibile).

Ind.: rezistența B. K. la antibioticele de gradul I (asocierea cu alte tuberculostatice este obligatorie).

C. ind.: (antecedente de) boli neuropsihice.

D.u.: 5—15 mg/kg/24 ore, fără a întrece 0,50 g/24 ore la copil și 0,75 g/24 ore la adolescent (în 2—3 prize); se începe cu doze mai mici; unii asociază sedative (fenobarbital, bromuri), vitamină B_6.

Cură la indicația medicului specialist și sub supraveghere medicală.

Scanned with OKEN Scanner

Teoglucin. *Theophyllinum* 0,10 g, *Glucosum* 0,50 g p. 1 fiolă a 5 ml Cutie cu 5 fiole *(i.v.)*. Pr. med. Vezi Miofilin și Theophyllinum.

D.u.: utilizarea pe această cale constituie o excepție: se poate administra 3/4 din dozele de aminofilină, cu aceleași precauții.

Terpinum hydratum subst. *(p.o.)*. Expectorant organic derivat al terpenului, deci tinde să calmeze și tusea.

D.u.: copii peste 2 1/2 ani: 0,05—0,10 g/an de vîrstă/zi (în poțiune).

Terra-cortril. Oxitetraciclină 150 mg, Hidrocortizon 50 mg p. 1 flacon *spray* a 40 g *(ext.)*. Pr. med.

Ind.: infecții cutanate cu germeni sensibili la tetraciclină, arsuri. *C. ind.:* bolnavi alergici la tetracicline. Leziuni tuberculoase ale pielii, herpes simplex, vaccină și varicelă.

Mod de administrare: dacă este posibil, pielea trebuie curățită în prealabil. Pulverizarea trebuie făcută, în concordanță cu instrucțiunile din ambalaj, de 3—4 ori/zi (dacă infecția este foarte severă se va începe administrarea la 2 ore și ritmul va fi scăzut, în funcție de răspunsul terapeutic).

Precauții. Produsul nu trebuie aplicat la ochi. Flaconul nu trebuie expus la căldură directă.

Testosteron. *Testosteronum propionicum* (D.C.I.) 10 mg sau 25 mg p. 1 fiolă de 1 ml sol. uleioasă inj. *i. m.* Cutie cu 3 fiole. Pr. med.

După introducerea steroizilor anabolizanți, testosteronul este folosit numai ca androgen, deci ca hormon substitutiv, începînd de la vîrsta de 16 ani.

Tetraciclină. *Tetracyclinum* 0,125 g (p. copii) sau 0,250 g (p. adulți) p. 1 drajeu. Flacon cu 16 drajeuri *(p.o.)*. Prod. med. Term. val. Vezi și Tetraciclină complex.

Antibiotic de largă utilizare, cu excepția primilor 1—2 ani de viață. Cînd este administrată *p.o.*, absorbția digestivă este bună și rapidă, dar incompletă (pînă la 60%); de aici rezultă o concentrație intestinală activă (favorizează accidentele digestive cu suprimarea temporară a florei coliforme intestinale normale și a bacteriilor grampozitive sporulate, înlocuite de ciuperci, *Proteus*, *Pseudomonas*; ionii metalici (calciu, fier, mangan) din intestin fixează tetraciclina și o sustrag deci în parte absorbției. Concentrația sanguină după o doză unică *p.o.* este mijlocie și se menține pînă la 6 ore; administrarea repetată pare să producă o oarecare acumulare în ser. Difuziunea în țesuturi este bună și rapidă (persistentă în țesutul osos); pătrunde chiar intracelular. Trece în laptele de femeie. Difuziunea este slabă în L.C.R. Eliminarea se face: a) prin bilă (concentrații de cel puțin 10—15 ori mai înalte decît în sînge); b) prin urină, relativ lent și în cea mai mare parte sub o formă biologic activă; c) prin fecale (aproximativ 10%).

Antibiotic *bacteriostatic* cu spectru larg de acțiune, în egală măsură față de germeni grampozitivi și negativi; datele furnizate de antibiogramă au o deosebită semnificație cînd germenul în cauză este cunoscut că poate fi rezistent la tetracicline: stafilococi, *Shigella*, streptococi etc.

Spectru de acțiune: 1) mixagawanele; 2) rickettsii; 3) *Mycoplasma pneumoniae*; 4) coci grampozitivi (pneumococi și unii stafilococi, streptococi); 5) bacili gramnegativi (*Proteus*, piocianic, *B. Friedländer*, *Haemophilus*, *B. coli*, *Shigella*,

Scanned with OKEN Scanner

Brucella, Pasteurella, Salmonella) ; 6) spirochete ; 7) actinomicete ; 8) amibe dizenterice etc. Rezistența este de tip penicilinic, crește lent și progresiv ; se observă mai ales în cazul *B. coli*, *Proteus*, piocianicului, stafilococilor și îndeosebi după tratamente repetate, ca în infecțiile urinare. Prezintă rezistență încrucișată față de celelalte tetracicline (Oxitetraciclină, Rolitetraciclină).

Fen. sec.: 1. *Tulburările digestive* (cele mai frecvente și precoce apar mai ales la dozele importante): anorexie, greață, vărsături, dureri abdominale, diaree, senzație de arsură la defecație. Se pot atenua și dispărea, dacă reducem posologia. Accidentele sînt benigne, dar trebuie diferențiate de *enterita stafilococică*. Deoarece eliminarea prin bilă este relativ importantă, enterita stafilococică poate apărea și în cursul terapiei *i.v.*

2. *Alterațiile mucoaselor* sînt produse de obicei de *Candida albicans*, dar pot fi atribuite și unei intoleranțe față de tetraciclină. Localizări: stomatită, „limba de antibiotice" netedă și atrofică, limba neagră piloasă, cheilită, anorectită, vulvită. Sînt destul de frecvente și apar la cîteva zile după debutul tratamentului sau la sfîrșitul lui ; pot continua să evolueze și după oprirea tratamentului. Dacă se administrează tetraciclina mai mult de 5 zile, este indicat ca la fiecare 2—3 zile să se facă examene pentru ciuperci în urina proaspăt emisă, pentru a surprinde și în acest fel un eventual debut al unei candidoze generale. *Angina și scarlatina* stafilococică sînt rare, dar severe ; pot însoți enterita stafilococică.

3. Accidentele prin sensibilizare sînt rare (febră, erupții, dermatite de contact).

4. Toxicitatea tetraciclinei este destul de redusă. După doze mari *i.v.* se citează cazuri de insuficiență hepatică cu icter. Acumularea excesivă în organism și hepatotoxicitatea pot fi provocate de insuficiența renală ; în acest caz se vor administra doze reduse.

5. Au fost observate reacții fotodinamice, de aceea lumina directă a soarelui și razele U.V. trebuie evitate în cursul tratamentului.

6. *Accidente particulare sugarilor.* În ultimii ani s-au descris noi efecte colaterale: a) administrarea tetraciclinei în timpul dezvoltării dentiției copilului (ultimul trimestru al sarcinii, perioada neonatală și în general primii 2 ani de viață) produce într-un procent important un accident ireversibil: *colorația galbenă-cafenie* a primei dentiții ; antibioticul se depune mai mult în dentină, ceea ce provoacă hipoplazia smalțului și o predispoziție crescută la *carii dentare ;* b) tetraciclina se depune și în schelet, putînd *opri creșterea* pe timpul administrării (tulburarea este reversibilă). Acest fenomen pare să aibă o semnificație mai importantă la prematuri ; c) dozele terapeutice *inhibează fermenții pancreatici ;* d) la unii sugari s-a observat *hipertensiune intracraniană.* Opistotonusul și bombarea fontanelei cedează repede după oprirea tratamentului ; L.C.R. este normal.

Ind.: tetraciclina a pierdut din importanța care i s-a atribuit pînă de curînd, pentrucă: a) a fost înlocuită în parte prin alte antibiotice ; b) unii germeni devin rezistenți într-un procent din ce în ce mai mare (stafilococii, colibacilii, *Shigella*, chiar streptococii hemolitici) ; c) s-au evidențiat efectele colaterale particulare sugarilor.

Din aceste motive, tetraciclinele pot fi folosite la *gravide* (ultimul trimestru) *și la sugari* (pînă la 2 ani după unii) *numai în caz de strictă necesitate!*

Scanned with OKEN Scanner

Indicații generale: *infecții ale căilor respiratorii și anexelor*, în deosebi pneumonopatii acute (în otite și sinuzite, conform antibiogramei). Ca și eritromicina, este indicată în pneumoniile interstițiale ale copilului mai mare (frecvent produse de *Mycoplasma pneumoniae*); *rickettsioze; miagawalenoze; infecții urinare și biliare* cu germeni sensibili la tetraciclină; dacă antibiograma permite în infecțiile stafilococice, dizenterie și salmoneloze; în *tusea convulsivă*, listerioză, bruceloză etc. *C. ind.:* stări similare cu cele provocate de tetracicline.

D.u.: posologia și durata tratamentului trebuie riguros determinate de medic, care va urmări bolnavul în timpul tratamentului. Ca indicație generală: 20—40 mg/kg/24 ore, în doze fracționate, la 6 ore interval. Se pare că nivelul sanguin eficace este obținut cu doze cu atît mai mici/kg, cu cît copilul este mai mare. Prematuri (primele 10—20 zile de viață) și nou-născuți (primele 10 zile de viață): (75)—50 mg/kg/24 ore (la aceștia dozele sînt mai mari pentru că absorbția este incompletă); copii I: (20)—30—40 mg/kg/24 ore; II, III: 20—30 mg/kg/24 ore; I—III: 1 g/M²/24 ore. Nu se va depăși 1 g/24 ore. Doza/24 ore trebuie fracționată în 4 prize la 6 ore. Se recomandă a fi administrate o oră înainte sau 2 ore după masă. Bolnavul are voie să mănînce lapte, iaurt, brînză de vaci în a 2-a, a 3-a oră după tetraciclină.

Absorbția este favorizată de ingerarea a 1 ml lichid pentru fiecare mg tetraciclină.

Durata tratamentului: 5—(7) zile, în afara unor situații speciale; se va asocia Stamicin cînd tratamentul este mai lung de 5 zile. Se va evita asocierea cu alcaline, săruri de calciu și absorbante (bioxid de aluminiu, carbonat de calciu etc.).

În timpul tratamentului: vitamine din complexul B: Viplex, Polivitamine, Cavit 9, fiole inj. (drajeurile B complex au o concentrație redusă); iaurt dacă este permis de vîrsta și starea bolnavului.

Notă. Tetraciclinele folosite după depășirea termenului de valabilitate (mai ales degradate și prin umiditate) sînt toxice și determină alterări tubulare renale: poliurie, proteinurie, glicozurie etc.

Tetraciclin complex. Tetraciclină 9,25 g, Natriu hexametafosforic 15,20 g, Vitamină B_1 0,06 g, Vitamină B_2 0,10 g, Vitamină B_6 0,02 g, Nicotinamidă 1 g, Nipagin 1 g, Zaharină 0,60 g, Vanilină 0,07 g, Cacao pulbere 20 g, Pulbere de tragacanta 21,50 g, Lactoză 31,20 g, Flacon cu 100 g pulbere *(p.o.)*. Măsura rasă (conținută în ambalaj) = 0,50 g pulbere = 50 mg tetraciclină. Pr. med. Term. val.

Vezi Tetraciclină (nu este necesar adaosul vitaminelor complexului B, deoarece sînt suficiente dozele conținute în acest produs).

Tetraciclină unguent. Tetraciclină bază 3%. Tub cu 6 g unguent.

Ind.: injecții cutanate cu germeni tetraciclinosensibili (majoritatea stafilococilor sînt rezistenți la tetracicline).

Mod de administrare: de 3—4 ori/zi, în aplicații locale, direct pe plagă, după ce s-au îndepărtat crustele, puroiul.

Tham *(Trometanolum* — D.C.I.*)*. Tris-(hidroximetil)-aminometan (Trisaminol) 36,60 g, Clorură de sodiu 1,72 g, Apă distilată pînă la 1 000 ml p. 1 flacon perfuzabil *i.v.* Pr. med.

Scanned with OKEN Scanner

Aminoalcool cu funcție de tampon, care acționează în organism ca un acceptor de H^+. Corectează acidoza metabolică și mixtă.

Fen. sec.: doze de 30 mg/kg au produs foame, transpirații severe, hipoglicemie și hipotensiune. Accidentul cel mai serios este *deprimarea respirației.*

Alcalinizarea poate produce hipocalcemie și tetanie (sînt evitate dacă ne oprim la pH 7,2—7,3). Tromboze venoase. Injecția paravenoasă produce necroza țesuturilor.

Ind.: acidoză severă (pH-ul sîngelui sub 7,1), cînd sodiul și alți ioni bazici sînt contraindicați sau cînd pH-ul este atît de jos (6,8—6,9) încît corectarea lui trebuie imediat realizată pentru a păstra copilul în viață și aplicarea măsurilor terapeutice specifice: stop cardiac, unele intoxicații salicilice etc.

Mod de administrare: drog foarte activ, cu potențial toxic, a cărui utilizare nu este încă definitiv pusă la punct. Poate fi utilizat numai dacă laboratorul poate doza pH-ul și pCO_2 (înainte de a stabili indicația pentru Tham și în cursul perfuziei).

Deoarece respirația poate fi deprimată, trebuie să fie disponibil și un aparat pentru respirație artificială.

Theobrominum. 3,7-Dimethylxanthin subst. *(p.o.).* Diuretic mai ales prin diminuarea retroresorbției, coronarodilatator. Medicament depășit.

Fen. sec.: intoleranță gastrică frecventă; utilizarea îndelungată poate provoca o gastrită cronică. Cefalee, greață, rar tahicardie, amețeală, excitația psihomotorie.

Ind.: diuretic la edeme (cardiace și renale).

D.u.: copii peste 2 1/2 ani: 0,10 g/an de vîrstă/zi, în 3—4 prize. Se administrează 2—3 zile; se poate relua după 2—3 zile pauză.

Theobrominum natricum et natrium salicylicum, sin.: Diuretină, subst. *(p.o.).* Conține 46,5—48% teobromină.

Vezi *Theobrominum.* Se administrează de preferință în poțiune (II,III): Rp. *Theobrominum natr. salicyl.* 3—5 g, *Sirupus simplex* 20 g, *Aqua destill. q.s. ad* 100 g, *Tinctura menthae* II pic.

D.u.: 1—2 linguriță × 3—4/zi.

Se administrează 2—3 zile și se poate relua după 2—3 zile pauză. Se prepară de fiecare dată proaspăt.

Theophyllinum subst. *(p.o.).* Diuretic xantic.

Vezi Teoglucin, *Theobrominum* și *Aminophylinum.* Este mai puțin utilizat *(p.o.)* pentru că irită mucoasa gastrică.

D.u.: 3/4 din dozele de aminofilină în cure scurte.

Timus. Principii activi din 1 g glandă timus proaspătă p. 1 fiolă de 1 ml, sol. apoasă inj. *i.m.* Cutie cu 10 fiole.

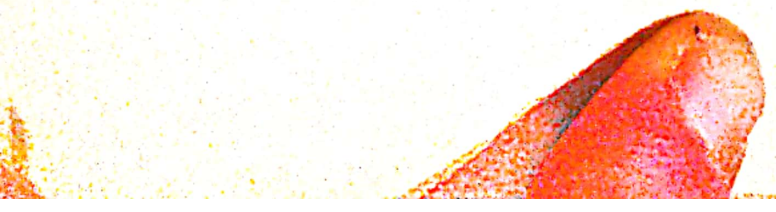
Rolul timusului începe să fie clarificat, dar eficacitatea extractului total este incertă.

Ind.: unele tulburări ale creșterii cu etiologie neclară. *C. ind.:* miastenie.

D.u.: 1 fiolă *i.m.* la 1—2 zile, serie de 10 injecții.

Tinctura belladonnae *(p.o.).* Vezi Atropină.

D.u.: sub 30 luni: 2—4 pic./zi; 30 luni—15 ani: 4—25 pic./zi. Doze progresiv crescute, durată limitată.



Scanned with OKEN Scanner

Tinctura digitalis *(p.o.)*. Vezi *Digitalis*, puțin utilizată, avînd concentrație variabilă.

D.u.: 10 pic./an vîrstă/zi. Cură sub control medical.

Tinctura rathanhiae. Sol. extractivă de ratania, astringentă prin taninul pe care îl conține. Flacon cu 100 g.

Ind. (ext.): stomatite; *p.o.:* diaree.

D.u. (ext.): 5—20 pic. /1 pahar cu apă pentru gargară sau atingeri cu sol. nediluată; *p.o.:* 0,50—1 g/zi în poțiune.

Tinctura valerianae *(p.o.)*. Diminuează excitabilitatea S.N.C., ușor spasmolitic.

Ind.: calmant (sedativ) al excitației nervoase, insomniei în distonii neurovegetative, în asociere cu alte calmante.

D.u.: copii peste 3 ani: atîtea picături pe an de vîrstă cîți ani are copilul; această doză se repetă de 3—4 ori/zi.

Tiroidă. Pulbere de glandă tiroidă 0,075 g sau 0,125 g p. 1 drajeu. Cutie cu 50 drajeuri *(p.o.)*. Pr. med.

Hormonii tiroidieni intervin în reglarea procesului morfogenetic al creșterii, al termoreglării și al întregului metabolism; acționează asupra tuturor celulelor organismului și facilitează utilizarea oxigenului. Spre deosebire de alți hormoni, ei sînt activi pe cale bucală.

Fen. sec.: manifestările supradozajului sînt: *tahicardie, febră*, vărsături, diaree, transpirații excesive, excitabilitate crescută, tulburările somnului, scădere în greutate.

La începutul tratamentului artireozei se observă destul de constant o cădere puternică și trecătoare a părului.

Ind: hipotiroidii: a) mixedem atireotic — care este destul de des incomplet, deoarece scintigrafia pune în evidență o tiroidă ectopică, de obicei sublinguală; b) prin tulburări ale hormonogenezei; c) secundare (unui hipopituitarism sau encefalopatiilor); d) dobîndite, toxice sau medicamente (PAS, fenilbutazonă); nefroză lipoidică (rezultate incerte); obezitate cu hipotiroidie. *C. ind:* hipertiroidii.

D.u: cura sub control medical. Posologie și durata tratamentului vor fi riguros determinate de medic.

Tratamentul hipotiroidiilor trebuie să fie *precoce*, eficace și permanent, după un diagnostic precis și complet.

Pulberea de tiroidă este tratamentul de elecție la sugar și copilul mic. Dozele variază (după vîrstă, caz, efectul tratamentului, toleranță) între 0,015 și 0,20 g/zi.

Întreaga doză se administrează dimineața. Medicamentul se prescrie zilnic sau 5—6 zile/săptămînă (unii administrează la început produsul din 2 în 2 zile, pînă ce se ajunge la doza de întreținere).

Doza utilă poate fi atinsă după o creștere foarte progresivă în cîteva zile sau săptămîni (rezultatele clinice pot fi vizibile după 5—6 zile de tratament, dar și după 2—3 săptămîni). Mixedematoșii sînt foarte sensibili la tiroidă; de aceea se va începe cu doze foarte mici, care vor fi crescute la 5—7 zile.

Scanned with OKEN Scanner

Controlul pulsului (în timpul somnului la vîrstele mici) reprezintă un bun criteriu de urmărire a eficacității și toleranței medicamentului; supravegherea eficacității comportă și urmărirea colesterolemiei, a iodemiei protidice la 1—2 (apoi la 6 luni); radiografii ale pumnului și cotului la 4—6 luni și a întregului schelet la 1—2 ani, pînă ce dispar semnele osoase.

Asocierea cu Fenobarbital (0,01—0,03 g/zi) combate riscurile intoleranței nervoase.

Tiroton *(Liothyroninum* — D.C.I.) *Triiodothyronin. α-[hidroxi-4-iodo-3'-fenoxi]-4-diiodo-3-5-fenilalanină* 20 γ p. 1 compr. Flacon cu 30 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Hormon tiroidian foarte activ (vezi Tiroidă). Acțiunea este foarte scurtă (efectul începe după 5—6 ore, atinge maximum după 12—24 ore și dispare după 10 zile).

Fen. sec.: aceleași ca pulberea de tiroidă; unele (cele cardiace) cedează repede, altele (cele neurovegetative) sînt mai rare și mai puțin intense. Brutalitatea acțiunii ei expune la intoleranță nervoasă.

Ind. și c. ind.: Vezi Tiroidă.

D.u.: cură sub control medical. Posologia și durata tratamentului vor fi riguros determinate de medic. Ca o indicație generală: 10—60γ/zi (după vîrstă, indicații, efecte, toleranță etc.); doza zilnică va fi împărțită în 3 prize. Se va începe cu doze mai mici, care vor fi crescute treptat. Beneficiul terapeutic este repede pierdut, dacă bolnavul nu ia regulat drogul.

Tonic. *Calcium hypophosphorosum* 2 g, *Natrium hypophosphorosum* 0,50 g, *Kalium hypophosphorosum* 0,50 g, *Cuprum sulfuricum* 0,08 g, *Ferrum chloratum* 0,1 g, *Strychninum sulfuricum* 0,006 g, *Excipiens aromatisatum q.s. ad* 100 g. Flacon cu 100 ml sirop. Compușii fosforului au un rol important în metabolism; este discutabilă măsura în care sînt utilizate aceste săruri ale fosforului; ele se resorb greu, organismul nu le utilizează ca atare și folosește fosforul eliberat din acești compuși pentru formule constitutive proprii.

Fen. sec.: vezi Neoanemovit.

Ind.: oboseală, convalescență. *C. ind:* diaree. Prima copilărie.

D.u.: copii 3—7 ani: 1 linguriță × 2—3/zi; copii 7—15 ani: 2 linguriițe × 3/zi.

Tonofer. *Ferrum sulfuricum cryst.* 0,30 g, *Acidum ascorbicum* 50 mg p. 1 drajeu. Flacon cu 30 drajeuri *(p.o.)*.

Sulfatul feros: vezi p. 88; acidul ascorbic îl menține sub forma feroasă.

Fen. sec.: produs bine tolerat cînd prescrierea și administrarea sînt corecte; rar: dureri epigastrice, colici, diaree, constipație (scaune negre).

O intoxicație poate lesne surveni dacă produsul este lăsat la îndemîna copiilor mici (moartea poate surveni la aceștia după ingestia a 5—6 draeuri). Simptome: hemoragii digestive grave prin acțiunea caustică a drogului, șoc, leziuni hepatice. *Tratament*: spălături stomacale cu sol. concentrată de bicarbonat de sodiu, pînă ce lichidul revine clar; tratamentul șocului: EDTA (sau mai bine Desferrioxamin = Desferal).

Scanned with OKEN Scanner

Ind.: anemii feriprive. *C. ind.:* tuberculoză pulmonară activă; afecțiuni febrile. Administrarea BAL. De evitat la copii mici.

D.u.: copii peste 4 ani (p. 88).

Tonozit: Hexahidroxiciclohexan 0,25 g p. 1 compr. *(p.o.)*. Flacon cu 25 compr.

Mezoinozitolul este foarte răspîndit în plante. Este un compus complex al acidului fosforic și participă la metabolismul grăsimilor. Caracterul de vitamină (grupul B) nu este sigur. Factor lipotrop cînd este asociat unui regim hipolipidic. Semnificația terapeutică este redusă sau discutabilă.

Ind.: hepatite, steatoze hepatice, insuficiențe hepatice. *C. ind.:* insuficiență hepatică gravă, miocardite.

D.u.: 1—2 compr./zi.

Toxogonin. Diclorură de bis-[4-hidroxiiminometilpiridiniu-(1)-metil]-eter 0,25 g p. 1 fiolă *(i.v.)* Pr. med.

Reactivator de colinesterază.

Ind.: antidot în intoxicațiile cu compuși organofosforici.

D.u.: în cadrul reanimării și la 5 minute după prima injecție cu atropină, Toxogonin 4—8 mg/kg/doză *i.v.*

Dacă prima injecție este urmată de rezultate, ea poate fi repetată la 1—2 ore, atît timp cît starea bolnavului se ameliorează după fiecare injecție.

Trepal *(Trimethadionum* — D.C.I.). 3, 5, 5,-*Trimethyloxazolidin* -2, 4-*dionum*, 150 mg p. 1 compr. Flacon cu 50 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Eficace numai în unele forme clinice de epilepsie; efectele secundare și toxicitatea pot fi importante.

Fen. sec.: fotofobie, hemeralopie (poate ceda după cîteva zile sau se reduc dozele), somnolență (se reduc dozele), diplopie, amețeli, cefalee, sughiț, greață. Impun oprirea tratamentului: scotoamele în cîmpul vizual, erupțiile cutanate de tip alergic (uneori sindrom Stevens-Johnson); leziunile măduvei oaselor manifestate prin: leucopenie (pînă la argranulocitoză), trombocitopenie (cu tendință mare la hemoragii), anemii (aplastice), pancitopenii; hepatitele; leziunile renale (hematurie, albuminurie, nefroză); tulburările S.N.C. (somnolență, agitație, tulburări de comportament).

Ind.: crize de „micul acces" *(petit mal)*. *C. ind.:* vezi fenomenele secundare hepatice, renale, hematologice, oculare, deci drogul este interzis în afecțiunile respective.

D.u.: 40 mg/kg/zi sau 1 g/M²/zi, fără a depăși 1,20 g/zi, fracționate în 3—4 prize, după mese. Doza optimă este stabilită în funcție de eficacitate și toleranță. Se începe cu o doză mai mică de 15—25 mg/kg/zi (sugari 0,30 g, copil de 3 ani 0,60 g, copil de 7 ani 0,90 g/zi) și se va urca săptămînal pînă dispar crizele; criteriul vîrstei sau al greutății sînt mai puțin valabile. Se va evita asocierea cu Fenitoin (se cumulează efectele toxice).

Precauții: hemogramă și examenul urinii după primele 2 săptămîni de tratament și la fiecare 2—4 săptămîni; tratamentul va fi oprit dacă leu-

Scanned with OKEN Scanner

cocitele scad la 3 000/mmc, granulocitele neutrofile sub 1 500 și apare albuminuria.

Triferment. Tripsină 18 U.W.W.L., Lipază 6 U.W.W.L., Amilază 6,5 g (putere amilolitică) p. 1 drajeu. Flacon cu 30 drajeuri enterosolubile *(p.o.)*. Fermenții respectivi influențează favorabil digestia intestinală a proteinelor, grăsimilor și hidraților de carbon.

Fen. sec.: constipație.

Ind.: tratamentul substitutiv — cel puțin parțial — al insuficiențelor pancreatice și intestinale. Gastroenterite cronice.

D.u.: copii peste 3—4 ani: 1 drajeu întreg × 2/zi, după mesele principale. Fragmentarea drajeurilor (copii sub 3—4 ani) scade sau anulează efectul produsului, în funcție de aciditatea gastrică.

Dacă bolnavul primește concomitent acid clorhidric (Acidopeps), acesta va fi administrat înaintea meselor respective.

Tripsină. Tripsină cristalizată 50 mg pulbere liofilizată p. 1 flacon (+ 1 fiolă de 10 ml cu solvent de tip Sörensen) *(ext)*. Enzimă proteolitică și fibrinolitică, ce accelerează procesul de vindecare al unor leziuni cutaneo-mucoase.

Ind.: arsuri, diverse ulcerații, fistule, unele afecțiuni bucale.

Mod de administrare: după determinarea în prealabil a pH-ului local și irigarea zonei bolnave cu sol. bicarbonat de sodiu 5% sau soluție-tampon normală de fosfat tip Sörensen, se tamponează ușor plaga și se aplică soluția de tripsină cu ajutorul unor comprese sterile.

Trombină umană injectabilă. 15—25 u. Melamby/mg substanță uscată. Flacoane conținînd între 15—25 mg. Transformă fibrinogenul în fibrină, contribuind astfel la formarea cheagului.

Ind.: hemostatic general în stările de hipocoagulabilitate din cursul a diferite sindroame hemoragice. *C. ind.*: tendința la hipercoagulabilitate.

D.u.: flaconul se dizolvă cu ser fiziologic steril și se administrează *s.c.* 5—10 u. Melamby/kg; doza se poate repeta de 2—3 ori/24 ore, la interval de minimum 6 ore.

Trombina uscată sterilă. Pulbere uscată sterilă, circa 2 g p. 1 flacon (ext.).

Hemostatic pentru aplicații locale.

Ind.: hemoragii la hemofilici, epistaxis, plăgi sîngerînde, amigdalectomie, hemoragii gastroduodenale.

Mod de administrare: se aplică local, la locul hemoragiei, direct sau cu sol. de trombină.

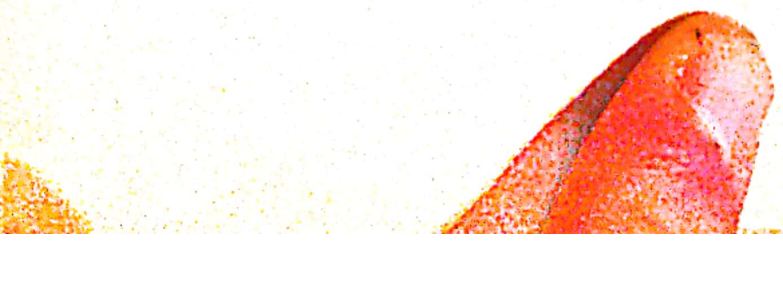
Tumenol ammonium subst. *(ext.)*. Produs prin distilarea șisturilor bituminoase; similar cu ihtiolul, dar lipsit de sulf. Antiinflamator, keratolitic, antipruriginos.

Ind.: eczeme, furuncule, impetigo.

D.u.: în diferite forme terapeutice dermatologice, în concentrația 2-20%. Vezi și Tumison.

Tumison. Hidrocortizon acetat 1 g, Tumenol 3 g, Colesterol 3,5 g, Lanolină anhidră 8 g, Vaselină albă 81,5 g, Apă distilată 3 ml.

Vezi: Hidrocortizon și *Tumenol ammonium*.



Scanned with OKEN Scanner

Ind.: eczeme. *C. ind.:* vezi Cornemin.
Mod de administrare: 1—2 aplicații locale/zi.

Tusan *(Noscapinium chloratum* — D.C.I.). *Narcotinum hydrochloricum* 0,01 g *(mitte)* sau 0,05 g *(forte)* p. 1 compr. Flacon cu 10 compr. *(p.o.)*. Alcaloid extras din *Papaver somniferum* (derivat izochinolinic), a cărui acțiune este similară cu codeina (și oarecum cu papaverina); în comparație cu prima, este mai activ și deprimă mai puțin centrul respirator.
Fen. sec., ind. și c. ind.: vezi Codeină.
Nu va fi utilizat la copii sub 5 ani.
D.u.: copii peste 5 ani: 0,03—0,15 g/zi, în 3 prize.

Tusomag. *Codeinum* 1 g, *Natrium benzoicum* 1 g, *Tinctura Thymi* 19 g, *Tinctura Aconiti* 10 g, *Tinctura belladonnae* 15 g, *Bromoformium* 10 g, *Aqua benzaldehydi* 15 g, *Alcoholum aethylicus q.s. ad* 100 g. Flacon cu 20 ml sol. *(p.o.)*. 1 g soluție = 56 pic. = 0,01 g codeină și 0,10 g bromoform. Calmant al tusei (și modificator al secreției bronșice).
Fen. sec.: vezi Codeină, Bromoform, Atropină.
Ind.: calmant al tusei uscate, iritative. *C. ind.:* vezi Codeină, Atropină, Bromoform. Copii sub 2 ani.
D.u.: 2—7 ani: 5 pic. × 2—3/zi; 7—15 ani: 10 pic. × 2—3 /zi.

Ufrix *(Tiabutazid* — D.C.I.). 6-Clorosulfanil-3,4-dihidro-3-izobutil-1,2,4-benzotiadiazin-1,1-dioxid 0,05 g p. 1 compr. Flacon cu 30 compr. *(p.o.)*. Pr. med.
Salidiuretic similar cu hidroclortiazida (vezi Nefrix). Prezintă unele avantaje: eliminarea sodiului și a clorului este mai puternică decît în cazul hidroclorotiazidei, deci și acțiunea de eliminare a apei este mai mare. Aceste efecte sînt obținute cu doze mai mici decît în cazul hidroclorotiazidei, deci pericolul spolierii potasiului, este mai redus. Acțiunea de inhibiție a anhidrazei carbonice este mică, deci eliminarea bicarbonatului este foarte redusă.
Acțiunea durabilă permite tratamentul discontinuu.
Fen. sec.: vezi Nefrix (avantajele descrise explică de ce toxicitatea acută și cronică este foarte redusă; totuși, alimentele bogate în potasiu sau adaosul de KCl sînt indicate la bolnavii care primesc concomitent digitalice, corticoizi).
Ind., c. ind.: vezi Nefrix.
D.u.: 2—3 zile/săptămînă 1/4 (II)—1/2 (III) din dozele recomandate pentru adult.

Ulcerotrat. *Bismuthum subnitricum* 0,35 g, *Magnesium carbonicum* 0,30 g, *Natrium bicarbonicum* 0,20 g, *Cortex frangulae* 0,025 g, *Radix calami* 0,025 g p. 1 compr. Cutie cu 120 compr. *(p.o.)*.
Asociere de 3 droguri antiacide (vezi substanțele respective), ale căror proprietăți neutralizante se sumează; ultimele două substanțe sînt laxative.
Fen. sec.: vezi componentele.
Ind.: boala ulceroasă, gastrite hiperacide. *C. ind.:* gastrite hipoacide, complicațiile bolii ulceroase. Copii I,II.
D.u.: III: 1/2—1 compr. × 3/zi, imediat după mesele principale.

Ulcomplex. N-brombutilat de scopolamină 0,10 g, Meprobamat 0,20 g, Aluminiu hidroxidat 0,20 g p. 1 compr. Cutie cu 20 compr. *(p.o.)*. Pr. med.

Scanned with OKEN Scanner

Asocierea dintre un spasmolitic anticolinergic (vezi Scobutil), un tranchilizant (vezi Meprobamat) și un adsorbant acționează asupra diferitelor componente ale bolii respective.

Fen. sec.: vezi componentele.

Ind.: gastrite hiperacide, boala ulceroasă, enterocolite. *C. ind.:* gastrita hipoacidă, stenoza pilorică. Copii I,II.

D.u.: III: 1/2—1 compr. × 3/zi, în timpul meselor principale.

Unguentum bismuthi subgallas 10%. *Bismuthum subgallicum* (Dermatol) 10 g, *Vaselinum album* 90 g. Pr. gal.

Antiseptic slab astringent, acțiune sicativă neiritantă asupra plăgilor.

Ind.: plăgi, arsuri.

Mod de administrare: aplicații locale × 2—3/zi.

Unguent gomenolat. *Oleum niaouli* 2 g, *Vaselinum album q.s. ad* 100 g. Tub cu 10 g *(ext.)*.

Gomenolul (conține 50—60% eucaliptol) produce local o ușoară iritație, o intensificare a circulației, cu o senzație de căldură și ameliorare a congestiei locale, are o ușoară acțiune antiseptică și dezodorizantă.

Fen. sec.: utilizarea îndelungată poate produce hiperemie pronunțată, vezicule, descuamare locală.

Ind.: rinite cronice atrofice, crustoase, uscate. *C. ind.:* copii I,II.

Mod de administrare: III: aplicații × 2—3/zi, cu o cantitate mică de unguent în fiecare narină.

Unguent Hg. oxidat flav (Oftalmic) 2%. *Hydrargyrum oxydatum flavum* 2 g, *Excipiens q.s. ad* 100 g. Tub cu 6 g *(ext.)*.

Mercurul precipită proteinele și inhibă în mod specific enzimele sulfhidrice bacteriene. Astringent.

Ind.: blefarite (vezi și oxiuraza).

Mod de administrare: se aplică în strat subțire × 2/zi.

Unguent cu hidrocortizon acetat. Hidrocortizon acetat 1 g, Colesterol 3,5 g, Lanolină anhidră 8 g, Vaselină albă 86,5 g, Apă distilată 1 ml. Tub cu 20 g unguent *(ext.)*.

Vezi Cornemin. În acest produs, corticoidul nu este asociat cu un antibiotic și deci nu va fi utilizat cînd leziunile sînt suprainfectate.

Unguent cu tetraciclină. Tetraciclină hidroclorică 3 g, Colesterol 4 g Lanolină anhidră 8 g, Ulei de vaselină 57 g, Parafină 28 g. Tub cu 6 g, *(ext.)*.

Vezi Tetraciclină. Toleranța locală este bună.

Ind.: infecții piogene ale pielii. În stafilococii vom avea în vedere că stafilococii sînt din ce în ce mai rar sensibili la tetraciclină.

Mod de administrare: aplicații în strat subțire de 2—3/zi.

Urbason solubile. Metilprednisolon hemisuccinat de sodiu 40 mg, pulbere, p. 1 fiolă p. inj. *i.m., i.v.* (+ 1 fiolă a 1 ml apă distilată). Pr. med.

Proprietățile sînt acelea ale Prednisonului, dar acțiunea antiflogistică este dublă. Efectul este foarte rapid: maximum după 7 minute de la administrare. Vezi Hemisuccinat de hidrocortizon și Supercortisol fiole.

D.u.: I-III. 8—20 mg o dată; repetă la nevoie (*i.m., i.v.*); pentru perfuzie: după solubilizare, produsul va fi diluat în sol. glucozată 5%. Soluțiile

Scanned with OKEN Scanner

vor fi pregătite extemporaneu. Se va evita amestecul în seringă cu alte droguri, deoarece se pot produce precipitate.

Uree liofilizată. 75 g subst. p. 1 flacon (+ 1 flacon cu solvent — 250 ml sol. dextroză 10%). Pr. med.

Ureea reduce edemul cerebral și scade tensiunea L.C.R. La 15 minute (sau mai tîrziu) după debutul aplicării perfuziei crește diureza.

Fen. sec.: dozele terapeutice administrate la bolnavi corect aleși nu determină efecte toxice generale. Poate apărea cefalee, greață, vărsături, confuzie mintală, hipertermie. În regiunea injecției: dureri, pericol de flebită.

Ind.: edem cerebral de diferite cauze (neoformațiuni, encefalite, accidente, operații, *status epilepticus*). Anumite edeme cardiace și renale.

C. ind.: insuficiență severă cardiacă, hepatică și renală, deshidratare importantă, hemoragie intracraniană recentă.

D.u.: soluția 30% este obținută prin diluarea a 75 g uree în flaconul cu solvent. Un g (maximum 1,5 g)/kg uree în sol. 30% (pentru scăderea presiunii intracraniene) sau 4% (pentru creșterea diurezei) în perfuzie lentă strict *i.v.*, în vene de calibru important (soluția va fi proaspăt pregătită). Ritmul perfuziei va fi de 60 pic./min.

Uteplex. Acid uridin-5-trifosforic 2 mg p. 1 fiolă buvabilă a 2 ml. Cutie cu 12 fiole. Pr. med. Produsul intervine în metabolismul țesutului muscular și țesuturilor nervoase.

Ind.: miopatii, miotonie, miastenie; atrofii musculare neurogene; deficiențe musculare de diferite origini, miocardite.

D.u.: înaintea unei mese 1/2—1 1/2 fiolă/zi (după vîrstă), 6 zile/săptămînă sau 25 zile/lună.

Vanquin. *Pyrvinium* (D.C.I.) pamoat 10 mg/ml *(p.o.)*. Flacon cu 10 sau 75 ml suspensie. Pr. med.

Chimioterapic (întrerupe procesul enzimatic respirator al paraziților), bine tolerat (absorbția este redusă).

Fen. sec.: rare, greață și vărsături. Coloratia roșie a materiilor fecale nu denotă o perturbare.

Ind.: oxiurază.

D.u.: o linguriță suspensie (5 ml = 50 mg *pyrvinium* bază) /10 kg greutate, dimineața pe nemîncate (flaconul va fi agitat înainte de folosire).

Precauții. Vezi oxiuraza.

Velban *(Vinblastinum* — D.C.I.). Alcaloid purificat, 10 mg pulbere liofilizată p. 1 flacon *(i.v.)*. Pr. med.

Alcaloid oncolitic extras din aceeași plantă ca *Vincristina;* formulele constitutive diferă foarte puțin.

Fen. sec.: sînt dependente de doză: leucopenie, epilație; greață, vărsături, diaree, constipație; stare de rău general, parastezii, areflexie, depresiune mintală. În afara primelor două, celelalte nu durează mai mult de 24 ore.

Ind.: boala Hodgkin generalizată. Unele neoplasme. Leucemia acută monocitară.

C. ind.: leucopenie, infecții bacteriene.

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: după indicația medicului specialist.

Venostat, sin: Reptilase. Hemocoagulază 1 u. Klobasitzki/ml *(s.c.,i.v.)*. Cutie cu 5 fiole a 1 ml. Pr. med. Ferment hemostatic.

Ind.: hemoragiile vasopatiilor, trombopeniilor sau din sfera operațiilor ORL.

D.u.: 0,2—0,5 ml/zi *s.c. (i.v.* cînd urmărim un efect rapid).

Vermigal, sin.: Vanquin, Povan, Molevac. Flacon cu 25 ml suspensie. Per. med. Vezi Vanquin.

Vin tonic. *Manganum sulfuricum* 0,45 g, *Natrium phosphoricum* 1,20 g, *Tinctura gentianae* 0,50 g, *Natrium arsenicicum* 0,018 g, *Strychninum sulfuricum* 0,0012 g, *Vinum saccharatum q.s. ad* 100 g. Flacon cu 200 ml.

Produsul urmărește stimularea apetitului, prin componentele minerale și substanțele amare respective.

Ind.: inapetența din convalescența bolilor lungi, severe.

C. ind.: leziuni ale tubului digestiv, afecțiuni hepatice sau renale. Copii I, II.

D.u.: III: 1 linguriță × 2/zi, înaintea meselor; cură limitată.

Vionactane *(Viomycinum sulfuricum* — D.C.I.). Pantotenat-sulfat de viomicină, substanță uscată 1 g bază p. 1 flacon. Pr. med.

Antibiotic tuberculostatic de releu (minor, de gradul al II-lea), nu lipsit de toxicitate. Dacă germenii sînt sensibili la acest antibiotic, eficiența este cuprinsă între PAS și streptomicină. Rar folosit la copii.

Fen. sec.: reacții alergice cu febră ușoară și eozinofilie. Tratamentul prelungit predispune la leziuni renale: albuminurie, cilindrurie, hematurie, azotemie (funcțiile renale vor fi investigate înaintea și în timpul tratamentului). Leziuni ale nervului auditiv. Depleții de electroliți.

Ind.: tuberculoză rezistentă la celelalte antibiotice; totdeauna asociat cu alt tuberculostatic. Dacă antibiograma permite, se recomandă asocierea cu izoniazidă (sau PAS).

C. ind.: boli renale.

D.u.: cură sub control strict medical; 10—20 mg/kg la copii mici și 0,30—0,50 g la copii de vîrstă școlară; această doză este administrată × (2) —3/săptămînă, *i.m.*, timp de 4 cel mult 6 luni.

Soluția are valabilitate cîteva zile, dacă este păstrată la răcoare.

Locul injecției va fi des schimbat.

Viplex. Vitamină A 2 000 u., Vitamină B_1 5 mg, Vitamină B_2 1,2 mg, Vitamina B_6 1,6 mg, Vitamină PP 3 mg, Vitamină C 50 mg, Vitamină D_2 250 u., Vitamină E 3 mg, Vitamină P 5 mg, Lecitină 15 mg, *Ferrum sulfuricum* 30 mg.

Polivitamină; lecitina este un stimulent al nutriției și al creșterii, avînd și acțiune lipotropă.

Ind.: prevenirea și combaterea carențelor vitaminice (boli acute, convalescență).

D.u.: 1—2—4 drajeuri/zi, după indicații.

La copii sub 3—4 ani, drajeurile vor fi administrate sfărîmate.

Vitamină A *(Axerophtol* — D.C.I.). 10.000 u.p. 1 drajeu *p.o.* Cutie cu 50 drajeuri. 30 000 u. p. 1 ml (= 30 pic.) sol uleioasă *(p.o.)*. Flacon cu 5 ml.

Scanned with OKEN Scanner

20 000 u. palmitat hidrosolubil p. 1 ml (= 20 pic.). Flacon cu 5 ml sol. p. uz intern. 300 000 u.p. 1 fiolă a 1 ml sol. uleioasă *(i.m.)*. 20 000 u. palmitat hidrosolubil p. 1 ml sol. apoasă, inj., fiole a 2 ml.

Bila este necesară pentru absorbția provitaminei. Conversiunea provitaminei are loc în peretele intestinului subțire, la unii și în ficat. Vitamina A și provitamina sînt depozitate în ficat; absorbția lor este facilitată de prezența bilei; este scăzută cînd sînt tulburări ale absorbției grăsimilor sau cînd individul ingerează oleu de parafină.

Vitamina E reduce mult oxidarea (inactivarea) ambelor în intestin.

Rolul fiziologic al vitaminei A este complex la organismul în creștere, mai ales în primii 3 ani:

— menține troficitatea normală a ectodermului;

— asigură și reglează adaptarea vizuală;

— participă la funcțiile antiinfecțioase, la formarea anticorpilor prin stimularea S.R.H;

— participă la diferite procese metabolice (acțiune de reglare a metabolismului bazal), favorizează procesele plastice, ia parte la respirația celulară, este unul din principalii reglatori ai funcțiilor hepatice, iar în metabolismul lipidelor are un rol important;

— stimulează creșterea în general, mai ales cea în înălțime și greutate (îndeosebi la pubertate și adolescență).

Fen. sec.: hipervitaminoza A poate fi provocată numai de administrarea în exces a produselor farmaceutice de vitamină A (poate apărea o colorație galbenă a pielii și la sugarii care primesc cantități importante de morcovi, roșii). Fenomene toxice acute pot apărea la sugari după o singură doză de 300 000 u., iar intoxicația cronică poate urma administrării zilnice de 50 000 u. mai multe luni de-a rîndul.

Simptome. Intoxicația acută: hidrocefalie acută tranzitorie (fontanela anterioară bombează) la unii dintre sugarii care au primit doze masive. Intoxicația cronică (poate începe tardiv): iritabilitate; cefalee persistentă și severă; exoftalmie, edem papilar; prurit, piele uscată și excoriată, hiperpigmentație, buze uscate și crăpate, zăbăluță, asprirea părului și alopecie; anorexie; hepatosplenomegalie; dureri în oasele mai expuse la traumatisme, tumefacții dureroase la antebrațe și gambe; radiologic se observă o hiperostoză a oaselor, exostoze, decalcificări ale craniului și ale vertebrelor, ca și o calcificare a structurilor pericapsulare; moarte prin caşexie progresivă. Simptomele dispar progresiv, după ce s-a oprit tratamentul.

Injecțiile *i.m.* cu sol. uleioasă (mai ales cele superficiale) pot determina în prima copilărie oleoame cu aspect pseudoflegmonos, iar erorile de asepsie provoacă lesne abces local.

Ind.: a) fiziologic: satisfacerea cerințelor normale la copii a căror rație alimentară este insuficientă în vitamina A (agent specific), stimularea creșterii la pubertate; *b)* hipo- și avitaminoza A (exocarență, enterocarență, endocarență); *c)* indicații nespecifice: infecții (respiratorii îndeosebi), convalescența unor boli infecțioase; rinite atrofice, ozena; boala ulceroasă, enterocolite, colita ulceroasă; pielonefrite, litiaze renale; hipertirodii; acnee, seboree, diskeratoze, arsuri, infecții ale pielii; hemeralopie, keratite, conjunctivite foliculare hipertrofice, xeroftalmie.

Scanned with OKEN Scanner

La acești bolnavi ar putea acționa ca un agent farmacodinamic, alteori ar satisface nevoi crescute, o carență exogenă, un consum exagerat, deci în realitate acționează tot ca agent specific. Aceste din urmă indicații sînt contestate de unii specialiști.

D.u.: nevoile fiziologice ale copilului sînt satisfăcute prin aportul exogen de vitamină A și caroten (care se transformă în vitamină A, dacă funcțiile ficatului sînt normale).

Nevoi fiziologice: copilul sănătos va primi un supliment de vitamină A, dacă alimentația este insuficientă în acestă privință.

Necesarul zilnic de vitamină A

Sugari	1 500 u.
1— 3 ani	2 000 u.
4— 6 ani	2 500 u.
7— 9 ani	3 500 u.
10—12 ani	4 500 u.
13—15 ani	4 500 u.

Dozele terapeutice: după caz: *p.o.:* sugari: 2 000—5 000—10 000 u./zi, în 1—3 prize, timp de 10—15 zile. Eventual (dacă prescrie medicul), cura poate fi repetată 3—4 luni/an, în anotimpul rece; copii 2—15 ani: aceleași recomandări, doza zilnică fiind de 5 000—30 000 u./zi, în 1—2 prize.

Parenteral. Sol uleioasă pentru copii peste 3 ani se va injecta cu atenție, profund *i.m.*, 100 000—300 000 u., la 2—4 săptămîni, de obicei 2(—3) injecții.

Sol. inj. de palmitat hidrosolubil poate fi folosită sub 3 ani și are posologia: I: 1 ml, II: 1—2 ml, III: 2 ml (la 1—2 săptămîni, de obicei 2—3 injecții).

Atenție la curele îndelungate și/sau la dozele mari, din cauza riscului de hipervitaminoză, care crește dacă copilul primește în cursul anotimpului rece mai multe produse cu vitamine.

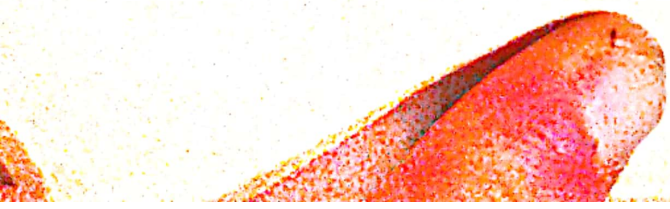
Vitamină A + D_2. Vitamina A 3 000 u., Vitamină D_2 1 000 u. p. 1 drajeu. Cutie cu 50 drajeuri. Vitamină A 350 000 u., Vitamină D_2 300 000 u. p. 1 fiolă sol. uleioasă buvabilă. Vitamină A 30 000, Vitamină D_2 15 000 u. p. 1 ml sol. uleioasă p. uz intern (1 ml = 30 pic.). Flacon cu 5 ml.

Fen. sec.: ale vitaminelor A și D.

Ind.: supliment alimentar la sugarii alimentați artificial, convalescența infecțiilor respiratorii și bolilor infecțioase, tuberculoză ganglionară. Nu este indicată în tratamentul rahitismului, deoarece dozele necesare de vitamină D impun o posologie prea ridicată de vitamină A.

D.u.: dat fiind nevoile fiziologice, copiii pot primi (ca supliment al hranei) 2—5 pic./zi; dozele terapeutice, după caz. Sugari: 2—5—10 pic./zi, în 1—3 prize, 10—15 zile. Eventual, dacă prescrie medicul cura poate fi repetată 3—4 luni/an, în anotimpul rece. Copii 2—15 ani: aceleași recomandări, doza zilnică fiind de 5—30 pic. sau 2—5 drajeuri (în 1—2 prize). Fiole de băut: 1 fiolă la începutul anotimpului rece (poate repeta încă o fiolă după 2—4 luni).

Atenție la curele îndelungate și/sau dozele mari, din cauza riscului de hipervitaminoză, care crește dacă în cursul anotimpului rece copilul primește mai multe produse cu vitamine.



Scanned with OKEN Scanner

Vitamină B complex. Drajeuri conținînd Vitamină B_1 0,0396 g, Vitamină B_2 0,0001 g, Vitamină B_6 0,0003 g, Vitamină PP 0,00066 g, Pantotenat de calciu 0,00033 g, Extract de drojdie de bere 0,066 g. Cutie cu 50 drajeuri.

Fen. sec.: dozele mari pot provoca diaree.

Ind.: profilaxia carenței în vitaminele complexului B.

D.u.: 1—2 drajeuri/zi, între mese. Pentru copii sub 3—4 ani se vor sfărîma drajeurile.

Vitamină B_1 10 mg, Vitamină B_2 2 mg, Vitamină PP 50 mg, Vitamină B_6 6 mg p. 1 fiolă a 2 ml *(i.m.)*. Cutie cu 5 fiole. Vezi Electovit.

Forma injectabilă este indicată atunci cînd calea orală nu poate fi utilizată sau sînt tulburări ale absorbției.

D.u.: la indicația medicului, o fiolă profund *i.m.*, la 1—3 zile.

Vitamină B_1 *(Thiaminum hydrocloricum* — D.C.I.) 10 mg p. 1 compr. *(p.o.)*. Cutie cu 40 compr. 10 mg p. 1 fiolă a 1 ml *(i.m.)*. Cutie cu 3 fiole. 25 mg p. 1 fiolă a 1 ml *(i.m.)*. Cutie cu 5 fiole.

Forma injectabilă de 100 mg nu este utilizată în pediatrie.

Este absorbită repede în intestinul subțire și gros; depozitarea este limitată. Absorbția este redusă cînd sînt tuburări gastrointestinale prelungite. Excesul este excretat prin urină (miros caracteristic).

Rolul fiziologic este important la organismul în creștere: participă la procesele de oxido-reducere; catalizator al metabolismului glucidelor; participă la schimburile gazoase, procesul de termoreglare, metabolismul lipidelor, procesul de dezaminare a acizilor aminați; mediator nervos: influențează indirect S.N.C. și tonusul muscular (prin participarea la metabolismul glucidelor, fosforului, depunerea glicogenului).

Fen. sec.: tiamina administrată *p.o.* nu provoacă tulburări. După administrarea parenterală pot apărea manifestări de hipersensibilitate: greață, vărsături, erupții alergice, tahicardie, agitație, amețeli; injecția *i.v.* (mai ales de 100 mg) poate determina un șoc anafilactic, chiar mortal (îndeosebi la copii sub 3 ani).

Ind.: a) fiziologice: satisfacerea cerințelor normale la copii a căror ratie alimentară este insuficientă în vitamină B_1 (agent specific). Creșterea metabolismului (febră, sport, hipertiroidie) sporește nevoile; *b)* hipo- și avitaminoza B_1 (exocarență, enterocarență, endocarență); *c)* indicații nespecifice: insuficiență cardiacă, miocardită, toxicoză, distrofie (anorexie, constipație, meteorism), hepatite, afecțiunile nervilor periferici; encefalite, encefalopatii, zona zoster; (enurezis). Poate acționa ca agent farmacodinamic sau tot ca agent specific (nevoi crescute, carență exogenă, consum exagerat). Aceste indicații sînt contestate de unii specialiști și rezultatele nu sînt admise în unanimitate.

Necesarul zilnic de vitamină B_1:

Sugari	0,6 mg
1— 3 ani	0,9 mg
4— 6 ani	0,8 mg
7— 9 ani	1 mg
10—12 ani	1,2 mg
13—15 ani	1,4 mg.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste doze pot fi depăşite dacă medicul apreciază că este necesar. Cînd se administrează pentru indicaţiile nespecifice citate, tratamentul va fi scurt şi va fi oprit dacă nu sînt rezultate evidente după cîteva zile.

La copii sub 3 ani: la nevoie 5 mg, *i.v.*

Formele injectabile sînt indicate atunci cînd calea orală nu poate fi utilizată sau sînt tulburări ale absorbţiei.

Vitamină B_2 *(Riboflavinum* — D.C.I.), 5 mg p. 1 fiolă a 1 ml *(i.m.)*. Cutie cu 5 fiole. 10 mg p. 1 fiolă a 2 ml *(i.m.)*. Cutie cu 5 fiole.

Riboflavina este repede absorbită din intestin; absorbţia diminuă în aclorhidrie, diaree, vărsături. Este depozitată în cantităţi limitate; excesul este excretat în urină (culoare caracteristică).

Este constituent al fermentului galben Warburg, care face parte din factorii de oxido-reducere (respiraţie celulară); intră în constituţia unor fermenţi ai respiraţiei.

În aceste sisteme joacă rol de cofermenţi vitaminele B_1 B_6 şi acidul nicotinic.

Are importante relaţii cu metabolismul acizilor graşi, proteinelor, acizilor aminaţi; joacă rol în sinteza hemoglobinei, metabolismul ţesuturilor corneei, cristalinului, retinei.

Ind.: ariboflavinoză; poate fi încercată în distrofie, anumite boli oculare.

Necesarul zilnic de vitamină B_2:

Sugari	0,6 mg
1—3 ani	0,9 mg
4—6 ani	1,2 mg
7—9 ani	1,5 mg
10—12 ani	1,8 mg
13—15 ani	2,0 mg

D.u.: sub 30 luni: 0,5—2,5 mg/zi; 30 luni—15 ani: 2,5—10 mg/zi, *p.o.* sau la nevoie profund *i.m.*

Vitamină B_6 *(Pyridoxinum chloratum* — D.C.I.) 250 mg. p. 1 compr. Flacon cu 20 compr. *(p.o.)*. 50 mg p. 1 fiolă a 2 ml *(i.m., i.v.)*. Cutie cu 5 fiole. 250 mg p. 1 fiolă a 5 ml *(i.m., i.v.)*. Cutie cu 5 fiole.

Constituent al coenzimelor care au rol în metabolismul acizilor aminaţi, lipidelor şi poate al glucidelor.

Fen. sec.: nu sînt cunoscute la om.

Ind.: convulsiile piridoxinodependente ale nou-născutului (5—10—100 mg/zi).

Poate fi încercată în unele boli, dar rezultatele nu pot fi atribuite cu siguranţă piridoxinei: leucopenie toxică, agranulocitoză, vărsături acetonemice, urticarie cronică, miopatii, coree, acrodinie, pelagră. Profilaxia şi tratamentul nevritei determinată de izoniazidă (antagonist al piridoxinei) şi cicloserină, răul de transport, vărsături postanestezice.

Necesarul zilnic de vitamină B_6:

Sugari	0,2—0,3 mg
1—3 ani	0,1—0,2 mg
4—6 ani	0,1—0,2 mg
7—9 ani	0,1—0,2 mg
10—12 ani	0,1—0,2 mg
13—15 ani	0,1—0,2 mg

Scanned with OKEN Scanner

D.u.: sub 30 luni *(p.o.)* 10—50 mg/zi; copii 30 luni—15 ani: 10—250 mg/zi.

În profilaxia și tratamentul carențelor: 5—10 mg/zi.

Vitamină B_{12} *(Cyanocobalaminum* — D.C.I.). 50 γ sau 1 000 γ p. 1 fiolă a 1 ml *(s.c., i.m.)*. Cutie cu 5 fiole.

Pentru absorbția digestivă este necesară prezența factorului intrinsec. Mare parte din cantitatea administrată parenteral (10—25% după injecția de 50 γ, 90% după 1 000 γ) este imediat eliminată prin urină.

Participă, împreună cu acidul folic, la sinteza bazelor necesare eritropoiezei. Factor de anabolism proteic, care favorizează creșterea și regenerarea țesuturilor (nervoase). Ar preveni sau combate (demonstrat experimental) degenerescența grasă hepatică.

Fen. sec.: extrem de rar pot apărea manifestări alergice (febră, urticarie, astm), chiar șoc anafilactic.

Ind.: anemie pernicioasă, anemii megaloblastice.

Poate fi încercată în tulburări de creștere, unele boli ale S.N.C. sau dermatologice, hepatite.

D.u.: pentru anemii p. 87; pentru celelalte indicații: 50γ *i.m.*, zilnic sau la 2—3 zile.

Vitamină C *(Acidum ascorbicum* — D.C.I.). 50 mg p. 1 compr. *(p.o.)*. Flacon cu 40 compr. 200 mg p. 1 compr. *(p.o.)*. Flacon cu 20 compr. 5 g/100 granule efervescente Flacon cu 100 g granule (1 linguriță = aproximativ 0,24 g acid ascorbic). 200 mg p. 1 fiolă a 2 ml *(i.m., i.v.)*. Cutie cu 10 fiole. 500 mg p. 1 fiolă a 5 ml *(i.m., i.v.)*. Cutie cu 5 fiole.

Este repede absorbită: nivelul sanguin reflectă aportul zilnic, în timp ce concentrația din leucocite arată nivelul din țesuturi (depozitele tisulare sînt mici, dar în glandele endocrine sînt cantități mari). Excesul este imediat excretat prin urină.

Rolul ei, deși incomplet cunoscut, este important în cursul copilăriei. Este un factor necesar al metabolismului celular și joacă rolul de transportor al hidrogenului în toate țesuturile; acest rol este foarte important pentru formarea colagenului, osului, dinților și vaselor.

Trebuie relevat și că participă la biosinteza cimentului intercelular; ușurează absorbția fierului; determină conversiunea acidului folic în acid folinic; are probabil rol de coenzimă în metabolismul tirozinei și fenilalaninei; la sugari contribuie la activitatea dehidrogenazei succinice și fosfatazei serice.

Fen. sec.: deși este bine tolerată, excesul *p.o.* poate determina o iritație a limbii și a stomacului (ultima constantă la hiperclorhidrie, boala ulceroasă).

Administrînd vreme îndelungată 200 mg/zi la sugari și copii mici s-a observat uneori dispepsie, agitație, crize vasomotorii, vagotonice, hiperemie, urticarie.

Ind.: a) acoperirea nevoilor fiziologice, dacă alimentația este carențată în această privință; *b)* hipo- și avitaminoză (exocarență, enterocarență, endocarență); *c)* alte indicații: distrofie, unele anemii, boli hemoragipare; *d)*

Scanned with OKEN Scanner

în profilaxia bolilor contagioase (ca și în tratamentul multor altor boli), dacă acoperă un eventual deficit.

Necesarul zilnic de vitamină C:

Sugari	30 mg
1—3 ani	40 mg
4—6 ani	50 mg
7—9 ani	60 mg
10—12 ani	70 mg
13—15 ani	80 mg.

Pentru celelalte indicații *(p.o., i.m., i.v.)*: 25—100 mg/zi sub 30 luni; 30 luni—15 ani; 100—200 mg/zi. Dozele foarte mari (0,50—1 g/zi) nu sînt utile.

P.o.: Preferabil în timpul meselor (obligatoriu în bolile stomacului). Granulat: se dizolvă o linguriță în 100 ml apă și se bea ca o limonadă.

Vitamină D_2 *(Calciferolum* — D.C.I.). 15 000 u.p. 1 ml (= 30 pic.) sol. uleioasă *(p.o.)*. Flacon cu 10 ml. 600 000 u. p. 1 fiolă a 3 ml sol. buvabilă, 400 000 u. sau 600 000 u. p. 1 fiolă a 1 ml sol. uleioasă p. inj. *i.m.* Reamintim că 40 000 u. = 1 mg calciferol.

Este absorbită în intestin împreună cu grăsimile; prezența sărurilor biliare este necesară. Depozitarea inițială are loc în ficat.

Mecanismul acțiunii este insuficient cunoscut. Marcarea vitaminei D cu tritium sau cu C_{14} (experiențele pe organe izolate) au confirmat opinii anterioare că ea intervine în absorbția activă a calciului și fosforului prin mucoasa intestinală; sub acțiunea ei se sintetizează proteine specifice pentru transportul calciului și fosforului (vezi rahitismul).

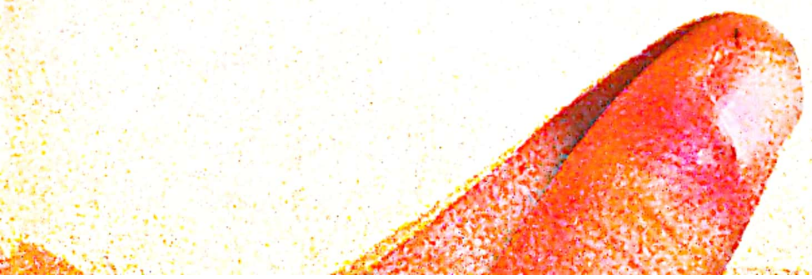
Fen. sec.: limitele toleranței sînt largi, dependente și de factorii individuali. Dozele de 20 000 u. (0,5 mg) — 50 000 u. (1,2 mg)/zi sînt toxice dacă sînt continuate săptămîni (1 800 u./zi, timp de luni sau ani nu sînt toxice). Supradozajul determină hipervitaminoza D. După doze care întrec 0,5 mg/zi apar tulburări digestive (anorexie, uscăciune a gurii, greață, vărsături, colici abdominale, diaree, constipație). Setea este foarte vie, copilul își schimbă comportamentul: devine capricios, trist și taciturn. Poate apărea și cefalee, amețeli, parestezii. Hipertensiunea arterială impune examene biochimice: hipercalcemie, hipercalciurie* ; proteinemia și leucocituria sînt frecvente. Dacă administrarea continuă, apar: anemie, poliurie, nicturie; retenția azotată întregește tabloul insuficienței renale. Posibilitatea unei atingeri corneene sau a scleroticei (keratită în bandă) impune examenul oftalmologic.

Examenele radiologice pot arăta: demineralizarea osoasă, depozite calcare în rinichi, inimă, vase, plămîni, stomac și creier. Aceste manifestări (similare cu hiperparatiroidismul sau un sindrom hipercalcemic) se instalează la copii mici după 3—9 zile (2—3 săptămîni la copii mari) de supradozaj masiv și pot determina convulsii și moartea.

S-a constatat că hipercalcemia „idiopatică" este o intoxicație cronică cu vitamină D.

---

* Reacția Sulkowitch permite o orientare rapidă asupra gradului calciuriei.



Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul hipervitaminozei D. Se vor suprima orice forme de vitamine D; se interzice iradierea cu raze ultraviolete; copilul va primi multă apă și regimul va aduce puțin calciu. Pot fi utile doze mici de Prednison. Tulburările sînt reversibile, dacă boala a fost surprinsă la timp.

Prevenirea hipervitaminozei D este facilă: dacă părinții sînt preveniți că trebuie să-și noteze diferitele forme de vitamine D primite de copil; dacă medicul care urmărește regulat sugarul are o evidență a profilaxiei și tratamentului rahitismului; dacă medicul care consultă prima oară un copil face o anamneză dirijată în privința formelor și cantităților de vitamină D primită de copil în ultimele luni: nu va omite — în caz de supradozaj — să-și îndrepte atenția și asupra simptomelor precoce de hipervitaminoză D, care apar la copii ce primesc un regim bogat în calciu, sînt supuși unei imobilizări prelungite, suferă de o boală care afectează metabolismul fosfocalcic.

Vehiculul uleios impune injectarea strict *i.m.*

Ind.: profilaxia și tratamentul rahitismului; tratamentul tetaniei rahitogene; poate fi încercată în unele tuberculoze osoase și cutanate. *C. ind.:* nefrite, litiază renală, hipercalcemii.

D.u.: rahitism (p. 181); tetanie (p. 185).

Celelalte indicații: dozele mari indicate de medicul specialist vor fi administrate sub controlul urinii și al sîngelui.

Vitamină D_3. 15 000 u. p. 1 ml (= 20 pic.) sol. apoasă *(p.o.)*. Flacon cu 10 ml. 600 000 u. p. 1 fiolă a 2 ml sol. apoasă inj. *i.m.*

Vezi Vitamină D_2 și tratamentul rahitismului.

Vitamina D_3 este poate mai activă decît vitamina D_2 (1,25/1), dar superioritatea ei este datorită formei apoase, care permite o absorbție completă, lipsită de fenomene secundare locale.

Fen. sec., ind., c. ind., d.u.: vezi Vitamină D_2 și tratamentul rahitismului.

Vitamină E *(Tocopherolum acetylatum* — D.C.I.*)* 30 mg p. 1 drajeu *(p.o.)*. Flacon cu 30 drajeuri. 10 mg p. 1 fiolă a 1 ml sol. uleioasă p. inj. *i.m.* Cutie cu 5 fiole. 30 mg p. 1 fiolă a 1 ml. sol. uleioasă p. inj. *i.m.* Cutie cu 5 fiole.

Fiolele cu sol. 30% nu sînt utilizate în pediatrie.

Reduce oxidarea în intestin a carotenului, vitaminei A și acidului linoleic; prin urmare, carența în vitamină E favorizează și carența vitaminei A.

Resorbția vitaminei naturale (liposolubile) presupune o digestie normală a grăsimilor.

Acțiunile și efectele sale farmacodinamice la om sînt puțin cunoscute. Sînt posibile relații cu metabolismul muscular (al creatinei) și fragilitatea capilară.

Ind.: distrofii musculare, enurezis, creșterea apetitului la prematuri și sugari etc.

Majoritatea indicațiilor nu sînt îndeajuns de fondate teoretic și experimental.

D.u.: miopatii: 100—200 mg *p.o.*/zi sau 30 mg × 2/săptămînă *i.m.*

Celelalte indicații: la sugari 1/4—1/2 drajeu/zi, sfărîmat și bine amestecat cu lapte sau 15—30 mg × 2/săptămînă *i.m.*

Soluția uleioasă impune precauții la sugari.

Scanned with OKEN Scanner

Vitamină F. Concentrat de esteri etilici ai acizilor grași esențiali nesaturați, sol. p. uz intern. Flacon de 10 ml 0,27 g p. 1 capsulă gelatinoasă *(p.o.)*. Cutie cu 50 capsule.

Amestecul de esteri etilici ai acidului linoleic, linolinic și arahidonic este considerat a avea caracter de vitamină (nu este sigur la om); acțiunea la om nu este clară (asupra funcțiilor tegumentului?, metabolismului lipidelor?).

Ind.: eczeme, furunculoză, plăgi care se vindecă încet.

D.u.: sugari 1—3 luni: 1 pic./zi; 4—6 luni: 2—3 pic./zi (treptat); 7—12 luni: 4—5 pic./zi (treptat); copii 1—4 ani: 5—6 pic./zi; 5—15 ani: 10—20 pic./zi sau 1—2 capsule/zi.

Vitamină K_3. *(Menadioni natrii bisulfis* — D.C.I.*).* 2 *methyl-1,4-naphtochinonum natrium bisulfurosum* 10 mg p. 1 fiolă sol. apoasă inj *(i.m., s.c.)*. Cutie cu 5 fiole.

Mai mulți derivați naftochinonici au efecte de vitamină K.

Vitamina K este de origine exogenă (aport alimentar) și endogenă (sintetizată de bacterii în intestin); cercetări recente pun la îndoială importanța ultimei.

Vitamina K naturală (aport exogen prin alimente) are nevoie de bilă pentru absorbția intestinală. Depozitele (în ficat) sînt limitate la aproximativ 8 zile.

Mecanismul de acțiune (incomplet clarificat): este utilizată în ficat pentru sinteza protrombinei. Lipsa vitaminei K se face mai mult sau mai puțin simțită în unele situații; la nou-născut; în afecțiuni hepatobiliare (bila este indispensabilă pentru absorbția vitaminei K, dar hipoprotrombinemia poate fi provocată și de leziunile hepatice, care determină o sinteză insuficientă a vitaminei K); în afecțiuni intestinale, care îi tulbură absorbția; în terapeutica cu salicilați, dicumarol și derivați sau doze importante de antibiotice cu sferă largă administrate timp îndelungat.

Vitamina K_3 este mai activă decît vitamina K_1; este lipsită de acțiunea antagonistă a acesteia asupra dicumarolului și derivaților.

Fen. sec.: vitamina K_3 (în funcție de doza injectată) poate provoca la nou-născuți și mai ales la prematuri *anemie hemolitică* și *icter nuclear*. Acești copii, ca și femeile în preajma și în cursul travaliului vor primi deci numai Konakion.

Ind.: tendința la hemoragii datorită celiachiei, icterului mecanic, tratamentului cu salicilați, dozelor importante și administrate timp îndelungat de sulfamide și antibiotice cu sferă largă. Poate fi încercată în hemoragii (purpură, hemoragii pulmonare și gastrointestinale) la care poate fi și un deficit de vitamină K.

În lipsa vitaminei K_1 (Konakion), în profilaxia și tratamentul tendinței hemoragice a nou-născuților și prematurilor, provocată de hipoprotrombinemia prin carență în vitamină K.

C. ind.: vezi Fen. sec.

D.u.: prematuri și nou-născuți la termen: 1 mg la naștere (în lipsa vitaminei K_1); copii mai mari (peste 1 lună): 5—10 mg (după vîrstă) × 1—2/zi, *i.m.* sau *s.c.*, cel mult 3 zile. În cursul tratamentului cu acid acetilsalicilic: 1—2 fiole/săptămînă.

Scanned with OKEN Scanner

Vitamină PP *(Nicotinamidum* — D.C.I.*)*. 0,10 g p. 1 compr. *(p.o.)*. Flacon cu 40 compr. 0,03 g p. 1 fiolă a 1 ml sol. apoasă inj. *i.m.* Cutie cu 5 fiole. 0,10 g p. 1 fiolă a 2 ml sol. apoasă inj. *i.m.* Cutie cu 5 fiole.

Este repede absorbită din intestinul subțire; depozitele sînt limitate; excesul este eliminat în urină. Poate fi sintetizată din triptofan.

Constituent activ al coenzimei I și II, cofactor într-un număr de sisteme de dehidrogenază; este deci activă în metabolismul glucidelor și proteinelor.

Fen. sec.: fiind vasodilatatoare, excesul provoacă înroșirea bruscă a vaselor pielii (mai ales jumătatea superioară a corpului), senzație de căldură, prurit, greață, erupții urticariforme și peristaltism intestinal crescut. Tulburările dispar după 2—3 ore. Excesul cronic poate provoca hipertrofia ficatului, cu degenerescență conjunctivă și grasă.

Ind.: pelagră și sindroame pelagroide, stomatită aftoasă, glosită, enterocolită, celiachie, sprue, dermatoze (eritematodes), degerături, porfirinurie intermitentă. *C. ind.:* vasopatii, tromboflebite.

D.u.: p.o.: copii sub 30 luni: 0,01—0,05 g/zi (în 2 prize); 30 luni—15 ani: 0,05—0,10 g/zi (în 2—4 prize).

Xilină *(Lidocainum hydrocloricum* — D.C.I.*)*. Sol. 1%/fiolă a 10 ml. Sol. 2%/fiolă a 2 ml. Sol 4% / fiolă a 2 ml.

Foarte bun analgezic local, datorită următoarelor calități: stabilitate chimică excepțională; difuziune tisulară mare (deci se utilizează substanță puțină); instalarea rapidă a anesteziei; analgezie excelentă; efecte secundare minime, dacă dozele nu sînt excesive (sensibilizarea este mai rară decît la procaină); poate fi asociată cu sulfamidele și antibioticele.

Fen. sec.: toxicitatea (excepțională la dozele clinice) se manifestă mai agresiv decît la procaină: agitație, ameteală, tulburări de vedere, greață, tremurături, convulsii, depresiune cardiovasculară, uneori oprirea respirației sau a inimii. Tratament: menținerea libertății căilor aeriene, Nesdonal în cantitate minimă pentru convulsii, efedrină *i.m.* sau *i.v.* pentru hipotensiune (la nevoie perfuzie cu noradrenalină). Prevenire: nu se va depăși concentrația, cantitatea *pro dosi* și cantitatea/24 ore; administrarea de fenobarbital și antihistaminice în preanestezie cresc în general pragul toleranței.

Starea bolnavului impune aprecierea riscului anestezic: funcțiile hepatice în primul rînd (principalul sediu de detoxificare a xilinei, care se metabolizează de altfel lent). De aceea sînt indicate soluții diluate, doze scăzute, injectări fracționate (sau abstențiune) la cardiaci, hepatici, renali, denutriți, hipoproteici.

Ind.: anestezie locală și regională, anestezie de contact. La copii doza maximă este de aproximativ 4 mg/kg. *C. ind.:* vezi Fen. sec.

Mod de administrare: după recomandarea medicului specialist.

Yomesan, sin.: Niclosamid. N-(2'-clor-4'-nitrofenil)-5-clorsalicilamid 0,50 g p. 1 compr. Cutie cu 4 compr. Pr. med.

Chimioterapic activ asupra teniilor; foarte bine tolerat.

Ind.: teniaze.

Mod de administrare și *posologie:* comprimatele de Yomesan sînt aromatizate (trebuie bine amestecate în gură înainte de a fi înghițite). Ele conțin și o substanță stabilizantă, care asigură o suspensie stabilă și o concentrare

Scanned with OKEN Scanner

uniformă a medicamentului în intestin. Pentru eficacitatea deplină a tratamentului este esențial să se realizeze un contact intim și suficient de prelungit al tenicidului cu parazitul, de aceea comprimatele trebuie întîi bine amestecate în gură pînă ce ajung la o consistență păstoasă.

Modul de administrare este extrem de simplu: doza stabilită în raport cu vîrsta se împarte în 2 prize egale, care se administrează la interval de 1 oră, în aceeași dimineață. În seara din ajunul administrării medicamentului, alimentația va fi ușoară și lichidă. În ziua tratamentului se administrează pe nemîncate în două rînduri (la o oră interval) cîte 2 comprimate la copii peste 8 ani (total 2 g), bine amestecate în gură înainte de a fi înghițite; la copii de 2—8 ani cîte 1 compr., la o oră interval (total 1 g); la copii sub 2 ani cîte 1/2 compr. (foarte bine pisat și amestecat pînă la un piure omogen cu puțin mucilagiu de orez), la o oră interval (total 0,5 g).

La 2 ore de la ultima administrare, dar înaintea micului dejun, se poate prescrie, în mod facultativ, un purgativ. Rostul purgativului este de a ușura obținerea unei tenii cît mai intacte și de a putea controla eliminarea în scaun a parazitului. În orice caz, purgativul nu trebuie administrat înainte de 2 ore de la ingestia drogului, pentru a-i lăsa timp suficient de contact cu tenia. La o oră de la administrarea purgativului, bolnavul poate lua micul dejun. La cei suferinzi de constipație, vom avea grijă să asigurăm o evacuare intestinală în primele 48 ore de la administrarea drogului.

În caz de *Taenia solium*, purgația consecutivă medicamentului este strict indicată pentru a preveni riscul de cisticercoză. Astfel sînt evacuate cît mai rapid proglotele intacte înainte de a se elibera, prin digestia viermelui, ouăle în intestin.

La *Taenia saginata*, unde nu există risc de cisticercoză, purgația este facultativă.

La majoritatea bolnavilor, eliminarea teniilor în scaun are loc în primele 36 ore. Administrarea purgativului ușurează identificarea eliminării teniei, prevenind macerarea ei, care o face neidentificabilă în masa materiilor fecale.

În infestările cu *Hymenolepis nana*, eficacitatea Yomesanului este mai puțin sigură, din cauza particularităților ciclului viermelui; de aceea s-a impus o posologie diferită de a teniazelor mari. Tratamentul se face timp de o săptămînă, administrînd la copii peste 9 ani, în prima zi de două ori cîte 2 compr. (ca în teniază) și apoi, în următoarele 6—7 zile, 2 compr./zi, în priză unică. La copii sub 9 ani 1/2 din această doză. În acest fel se evită în largă măsură recăderile.

Zaharină. *Natrium imidsulfobenzoicum* 0,025 g p. 1 compr. *(p.o.)*. Cutie cu 100 compr.

Nu este metabolizată în organism. Puterea de îndulcire este de 300—400 ori mai mare ca a zahărului (1 compr. = 4—5—6 g zahăr).

Fen. sec.: la unii bolnavi poate apărea o repulsie pentru gustul particular al substanței, cu o anorexie consecutivă.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

ADAM A. — Säuglingsenteritis, Ed. Thieme, Stuttgart, 1956.

BALŞ M. — Antibioticele, Ed. medicală, Bucureşti, 1964.

BRUCKNER S. — Reanimare şi terapie intensivă, Ed. medicală, Bucureşti, 1966.

CONSTANTINESCU C., PETRESCU COMAN V. — sub redacţie — Puericultură şi pediatrie, Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1968.

EWERBECK H. — Der Säugling, Ed. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1962.

FANCONI G., WALLGREN A. (sub redacţie) — Manual de pediatrie, Ed. a VII-a (trad.) Ed. medicală, Bucureşti, 1965.

* * * Farmacopeea română, Ed. a VIII-a, Ed. medicală, Bucureşti, 1965.

GASUL B., ARCILLA R., LEV M. — Heart diseases of children, Ed. Lippincot, Philadelphia, Montreal, 1966.

GELLIS S., KAGAN B. (sub redacţie) — Current Pediatric Therapy 1966—1967, Ed. Saunders, Philadelphia, Londra, 1966.

GEORMĂNEANU M., ROŞIANU S. — Patologia sugarului, Ed. medicală, Bucureşti, 1966.

GEORMĂNEANU M., ROŞIANU S. — Pediatrie de urgenţă, Ed. medicală, Bucureşti, 1969.

GOLDIŞ GH. — Pneumopatiile interstiţiale, Ed. medicală, Bucureşti, 1962.

GOLDIŞ GH. — Anemiile hemolitice, Ed. medicală, Bucureşti, 1962.

GOODMAN L., GILMAN A. — Bazele farmacologice ale terapeuticii, ed. a II-a (trad.), Ed. medicală, Bucureşti, 1960.

HERŞCOVICI P., RUSSU O., STAMBLER S. — Patologia perinatală, Ed. medicală, Bucureşti, 1966.

IGNATOV S. I. — Farmacoterapie (îndreptar pentru medicii pediatri), Ed. Medghiz, Moscova, 1960.

IONESCU STOIAN P., STĂNESCU V., SAVOPOL E. — Formular farmaceutic, Ed. medicală, Bucureşti, 1968.

KELLER W., WISKOTT A. (sub redacţie) — Lehrbuch der Kinderheilkunde, ed. a II-a, Ed. Thieme, Stuttgart, 1965.

KRUGMAN S., WARD R. — Infectious diseases of children, ed. a III-a, Ed. Mosby, Saint-Louis, 1964.

LELONG M. (sub redacţie) — Urgences en pédiatrie, Ed. Doin, Paris, 1962.

LEMARIEY A. — Oto-Rhino-Laryngologie infantile, Ed. Masson, Paris, 1956.

LONGHIN S., DIMITRESCU AL., WOLFSHAUT A. — Dermatozele copilului, Ed. medicală, Bucureşti, 1960.

Scanned with OKEN Scanner

MAXGET W., KIENITZ A. (sub redacţie) — Praxis der Antibiotikotherapie im Kindesalter, ed. a II-a, Ed. Thieme, Stuttgart, 1966.
MEDEŞAN F., DIMITRIU E. — Copilul nou-născut, Ed. medicală, Bucureşti, 1965.
MIHALCA E., GROSU O. — Cum tratăm anemiile la copil, Ed. medicală, Bucureşti, 1965.
MONNET P. — Antibiotiques en pédiatrie, Ed. Doin, Paris, 1966.
NADAS A. — Pediatric Cardiology, ed. a II-a, Ed. Saunders, Philadelphia, Londra, 1964.
NELSON W. (sub redacţia) — Textbook of Pediatrics, ed. VIII, Ed. Saunders, Philadelphia, Londra, 1964.
NICULESCU GH., MANOLESCU EM., POPESCU E. — Practica terapiei medicamentoase, Ed. medicală, Bucureşti, 1964.
NITZULESCU V., GHERMAN I., FELDIOREANU T. — Parazitologie clinică Ed. medicală, Bucureşti, 1964.
OPITZ H., SCHMID F. (sub redacţia) — Handbuch der Kinderheilkunde, vol. II (1966), vol. IV (1965), vol. V (1963), vol. VII (1967), Ed. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
POPESCU EM. — Hematologie clinică, Ed. medicală, Bucureşti, 1966.
RUSESCU A. (sub redacţia) — Pediatria, Ed. didactică şi padagogică, Bucureşti, 1965.
RUSESCU A., POPESCU V. — Urgenţele în pediatrie, Ed. medicală, Bucureşti, 1957.
RUSESCU A., PRIŞCU R., MAIORESCU M., GEORMĂNEANU M. — Terapeutica infantilă, Ed. medicală, Bucureşti, 1963.
SHIRKEY H. (sub redacţia) — Pediatric Therapy, Ed. Mosby, Saint-Louis, 1964.
VOICULESCU M. — Boli infecţioase, Ed. medicală, Bucureşti, 1968.
WINTROPE M. — Clinical Hematology, Ed. V-a, Ed. Lea § Febiger, Philadelphia, 1961.

Scanned with OKEN Scanner

LISTA ABREVIERILOR

I = sugari 3 luni — 1 an
II = copii preșcolari 1 — 6 ani
III = copii de vîrstă școlară
b = bacil
B.K. = bacil Koch
c.i. = contraindicații
compr. = comprimat
D.C.I. = denumire comună internațională
d.u. = doze uzuale
ECG = electrocardiogramă
ext., (ext.) = extern
extr. = extract
fen. sec. = fenomene secundare
g = gram
gal.farm. = produs galenic elaborat în farmacie.
i.f. = intrafocal
i.m., (i.m.) = intramuscular
ind. = indicații
inj. = injectabil, injecție
int. = intern
i.r., (i.r.) = intrarahidian
i.v., (i.v.) = intravenos
l. = local
L.C.R. = lichidul cefalorahidian
max. = maximum
mg = miligram
ml = mililitru
n.n. = nou-născut
p. = pentru
(p....) = pagina
Ph. I. = Farmacopeea internațională
pic. = picături
p.o., (p.o.) = *per os*
pr. med. = prescripție medicală
r., (r.) = rectal
s.c. (s.c.) = subcutanat
sin. = sinonim
S.N.C. = sistemul nervos central
sol. = soluție
S.R.H. = sistemul reticulohistiocitar
subl. = sublingual
subst. = substanță
term. val. = termen de valabilitate

Scanned with OKEN Scanner

Redactor : Dr. MINCU ALEXANDRU
Tehnoredactor : AFILIPOAIEI ELENA

Format : 16/70×100. Hîrtie velină mată 44,1. Coli de tipar : 27,25. Bun de tipar : 27.10.1969.

Tiparul executat sub comanda
nr. 2637
la Întreprinderea poligrafică
„13 Decembrie 1918",
str. Grigore Alexandrescu nr. 89—97,
București,
Republica Socialistă România